

**Kuesioner Finansial Untuk Pengajuan Asuransi Kesehatan  
(Financial Questionnaire for Health Insurance)**

- **Wajib diisi oleh Calon Pihak Yang Diasuransikan & Calon Peserta**  
*Must be filled by the Prospective Insured & Prospective Participant.*
- **Apabila Calon Pihak Yang Diasuransikan merupakan orang yang berbeda dengan Calon Peserta, maka kuesioner ini diisi berdasarkan data Calon Pihak Yang Diasuransikan.**  
*If the Prospective Insured is a different person from the Prospective Participant, this questionnaire is filled based on the Prospective Insured's data.*
- **Apabila Calon Pihak Yang Diasuransikan belum berusia 18 tahun, maka kuesioner ini diisi oleh dan data dari Calon Peserta.**  
*If the Prospective Insured's age is below 18 years old, this questionnaire is filled by and data of the Prospective Participant.*

<b>Data Kepesertaan</b> <i>Membership Data</i>	
<b>Nama Calon Peserta</b> <i>(Prospective Participant Name)</i>	: _____
<b>Nama Calon Pihak Yang Diasuransikan</b> <i>(Prospective Insured Name)</i>	: _____
<b>Nomor SPAJ Syariah</b> <i>(SPAJ Syariah Number)</i>	: _____

**DATA CALON PIHAK YANG DIASURANSIKAN:**

*PROSPECTIVE INSURED'S DATA*

<b>I. Data Pekerjaan</b> <i>Employment Data</i>
<input type="checkbox"/> <b>Wiraswasta/pemilik usaha</b> <i>(business owner/self entrepreneurship)</i>
<input type="checkbox"/> <b>Karyawan</b> <i>(employee); lama bekerja</i> <i>(length of work)</i> _____
<input type="checkbox"/> <b>Lainnya, mohon dijelaskan</b> <i>(others, please explain)</i> _____
Catatan : Beri tanda X pada kotak yang Note : Please fill the X on the appropriate

<b>II. Data Usaha (wajib diisi bagi wiraswasta / pemilik usaha).</b> <i>Business Data (must be filled by business owner / self entrepreneurship)</i>	
<b>Nama Perusahaan</b> <i>(Name of Company)</i>	: _____
<b>Bidang Usaha</b> <i>(Nature of Business)</i>	: _____

**Tanggal mulai Usaha** (*Date of Business Established*): \_\_\_\_\_

**Jumlah Pegawai** (*Number of Employees*) : \_\_\_\_\_

**Persentase Permodalan / Kepemilikan** (*percentage of capital/ownership*) : \_\_\_\_\_

**Total Kekayaan / Asset** (*Total Wealth / Asset*) : \_\_\_\_\_  
Tahun lalu (*last year*)

**Pemasukan / Omzet** (*income / Turnover*) : \_\_\_\_\_  
Tahun lalu (*last year*)

**Kewajiban** (*Obligation*) : \_\_\_\_\_  
Tahun lalu (*last year*)

**Total Keuntungan Sebelum Pajak** (*profit before tax*) : \_\_\_\_\_  
Tahun lalu (*last year*)

**III. Data Penghasilan**  
*Income Data*

Sumber Penghasilan ( <i>Source of income</i> )	Tahun lalu ( <i>Last Year</i> ) Rp ( <i>IDR</i> )
Gaji ( <i>salary</i> )	
Bonus ( <i>bonus</i> )	
Hasil investasi (bunga, dividen, keuntungan, dll) <i>Return of investment (interest, dividend, profits, etc)</i>	
Hasil Sewa ( <i>rent</i> )	
Lain-lain ( <i>others</i> )	
<b>Total Penghasilan</b> ( <i>Total Income</i> )	

**IV. Informasi Polis Asuransi Kesehatan Yang Telah Dimiliki (wajib diisi bila Calon Pihak Yang Diasuransikan sudah memiliki polis asuransi kesehatan lain)**  
*Information on other Health Insurance Policy Owned (Must be filled if the Prospective Insured has other health insurance policy)*

**Nama Perusahaan Asuransi** : \_\_\_\_\_  
(*Name of Insurance Company*)

<p><b>Jenis Produk Asuransi Kesehatan</b> <i>Type of Health Insurance</i></p>	<p>: <input type="checkbox"/> <b>Asuransi Kesehatan Karyawan</b> <i>Employee Benefit Health Insurance</i></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Asuransi Kesehatan Individu</b> <i>(Individual health insurance)</i></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Lainnya:</b> <i>(others)</i> _____</p>
<p><b>Manfaat santunan harian</b> <i>Daily cash benefit</i></p>	<p>: <input type="checkbox"/> <b>Ada, besar manfaat per hari: Rp _____/day</b> <i>Available, benefit details</i></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Tidak ada</b> <i>Not available</i></p>
<p><b>Apakah Calon Pihak Yang Diasuransikan memiliki riwayat pengobatan/perawatan rumah sakit (rawat inap / rawat jalan) yang berakibat kehilangan kemampuan untuk bekerja selama minimal 3 bulan berturut-turut?</b> <i>Does the Prospective Insured have any history of medical/hospital treatment (inpatient/ outpatient) that caused disability to work for the consecutive period of 3 months?:</i></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Ya, penjelasan</b> <i>Yes, explanation</i> _____</p> <p>_____</p>	
<p><input type="checkbox"/> <b>Tidak</b> <i>No</i></p>	

Saya, sebagai Calon Peserta/Pihak Yang Diasuransikan ("Saya"), telah mengisi Kuesioner Finansial untuk Pengajuan Asuransi Kesehatan ("Kuesioner"), yang merupakan kesatuan dan bagian dari Surat Permohonan Asuransi Jiwa Syariah yang tersebut di atas ("SPAJ Syariah") dengan benar dan jujur dan dengan ini pula menyatakan dan menyetujui:

*I, as the Participant/Insured ("I"), have filled in the Financial Questionnaire for Health Insurance ("Questionnaire"), which is an integral part of the Sharia Life Insurance Application Form ("SPAJ Syariah") correctly and honestly and hereby declare and agree:*

1. Semua keterangan yang diberikan di dalam Kuesioner ini dan SPAJ Syariah dan keterangan lain yang Saya sampaikan kepada PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia (selanjutnya disebut "Allianz"), tenaga pemasar atau kepada pemeriksa kesehatan yang ditunjuk oleh Allianz adalah benar sudah Saya tuliskan di dalam Kuesioner ini dan SPAJ S (termasuk yang ditulis di dalam kuesioner, formulir, surat pernyataan dan/atau dokumen lainnya yang menjadi kelengkapan dari permohonan asuransi ini) dan tidak ada keterangan-keterangan dan hal-hal lain yang Saya sembunyikan, serta Saya sendiri yang menandatangani SPAJ Syariah dan Kuesioner ini.

*All information provided in this Questionnaire and SPAJ Syariah and other information that I conveyed to PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia (hereinafter referred to as "Allianz"), sales force or to the health examiner which are appointed by Allianz is correct, I have written it in this Questionnaire, and SPAJ (including what is written in the questionnaires, forms, statements and/or other documents those are become part of this insurance application) and there are no statements and other informations that I hide, and I myself signed the SPAJ and this Questionnaire.*

2. Setiap dan seluruh ketentuan, pernyataan dan/atau kuasa yang tercantum dalam bagian “Pernyataan dan Kuasa” dalam SPAJ (i) dimasukkan ke dalam; (ii) akan berlaku, mutasi mutandis, untuk; dan (iii) merupakan satu kesatuan yang tidak terpisahkan dari, Kuesioner ini. Saya dengan ini pula menyetujui setiap dan seluruh ketentuan, pernyataan dan/atau kuasa yang tercantum dalam bagian “Pernyataan dan Kuasa” dalam SPAJ tersebut.

*Each and all the provisions, statements and/or powers of a Corney which stated in the “Statement and Power of Attorney” section in SPAJ (i) are included in; (ii) shall apply, mutadis mutandis, to; and (iii) is an integral and inseparable part of this Questionnaire. I also hereby agree to any and all provisions, statements, and/or powers of a Corney stated in the “Statement and Power of Attorney” section in the SPAJ.*

3. Allianz dapat meminta dokumen berupa bukti penghasilan atau dokumen lainnya yang diperlukan untuk memeriksa kesesuaian profil Calon Pemegang Polis/Peserta atau Pemegang Polis/Peserta dan/ atau Calon Tertanggung/Pihak Yang Diasuransikan atau Tertanggung/Pihak Yang Diasuransikan. Dalam hal dokumen yang diperlukan tersebut tidak diterima Allianz atau dokumen yang diperlukan tersebut mempunyai informasi yang berbeda dan/atau tidak lengkap dengan informasi yang sebelumnya diterima oleh Allianz, Saya menyetujui bahwa Allianz berhak menangguhkan transaksi apa pun yang Saya ajukan.

*Allianz can request documents in the form of proof of income or other documents which needed to ensure the suitability of the profile of the Prospective Policy Holder/Member or Policy Holder/Member and/or Insured. In the event that the required documents are not received by Allianz or the required documents have different and/or incomplete information from the information previously received by Allianz, I agree that Allianz has the right to suspend any transaction that I submit.*

---

Tanggal (Date)

---

**Nama Lengkap & Tanda Tangan Calon Peserta**  
(Full Name & Signature of Prospective Participant)

---

Tanggal (Date)

---

**Nama Lengkap & Tanda Tangan Calon Pihak Yang Diasuransikan**  
(Full Name & Signature of Prospective Insured)

---

Tanggal (Date)

---

**Nama Lengkap & Tanda Tangan Agen Penjual (Agen/FC/ FP/ FS/ IA / IPE)**  
(Full Name & Signature of Selling Agent)