

## SURAT PERMINTAAN ASURANSI JIWA TAMBAHAN

Diajukan untuk :  Perubahan Polis  Pemulihan Polis

Nomor Polis : \_\_\_\_\_

Petunjuk Pengisian Formulir:

- Formulir ini **wajib** diisi dengan huruf CETAK dan LENGKAP
- Satu Formulir hanya berlaku untuk satu nomor polis pada PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia ("Allianz")
- Mohon tidak menandatangani Formulir ini dalam keadaan kosong
- Mohon menandatangani setiap koreksi penulisan/ pengisian dalam bentuk coretan sesuai dengan spesimen tanda tangan
- Pastikan semua informasi yang dibutuhkan telah dipenuhi dan Anda telah membaca keseluruhan syarat dan ketentuan, serta pernyataan dan jaminan sebelum menandatangani
- Untuk mempercepat proses pengajuan Anda, harap melengkapi seluruh persyaratan yang tertera pada Formulir ini
- Apabila Peserta / Pemilik Rekening adalah warga negara/wajib pajak di luar negeri selain Indonesia yang merupakan Negara Mitra/Yurisdiksi Mitra, maka diwajibkan untuk mengisi bagian "DATA PERTUKARAN INFORMASI ANTAR NEGARA-INDIVIDU" pada Formulir ini
- Apabila Peserta / Pemilik Rekening adalah perusahaan, maka diwajibkan untuk mengisi "FORMULIR DATA PERTUKARAN INFORMASI ANTAR NEGARA- PERUSAHAAN (INSTITUSI)" ada formulir terpisah

### A. DATA PRIBADI & PEKERJAAN PIHAK YANG DIASURANSIKAN

Nama Lengkap : \_\_\_\_\_  
Tempat/tanggal lahir : \_\_\_\_\_ Negara tempat lahir : \_\_\_\_\_

Jenis Identitas :  KTP  SIM  Passport  KIMS  KITAS  Akta Lahir  KTP seumur hidup  
Nomor Identitas : \_\_\_\_\_ Tanggal berakhirnya Identitas : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
tgl bln tahun

Kewarganegaraan :  WNI  Non WNI, sebutkan kewarganegaraannya \_\_\_\_\_

Jenis Kelamin :  Laki-laki  Wanita Status Perkawinan :  Kawin  Belum Kawin  Janda / Duda

Agama :  Islam  Kristen  Katolik  Hindu  Budha  Lainnya \_

Apakah Anda perokok? :  Ya, \_\_\_\_\_ batang/hari  Tidak

Tinggi badan : \_\_\_\_\_ cm Berat badan : \_\_\_\_\_ kg

Nama Instansi/Perusahaan : \_\_\_\_\_

Jenis Usaha Instansi/  
Perusahaan : \_\_\_\_\_

Jabatan (khusus PNS/TNI/POLRI,  
sebutkan pangkat Anda) : \_\_\_\_\_

Jelaskan Tugas Anda  
Secara detail : \_\_\_\_\_

Jumlah Penghasilan : \_\_\_\_\_

Gross Per Bulan :  Tidak ada penghasilan  < Rp10 Juta  Rp10 Juta - < Rp25 Juta  
 Rp25 Juta - < Rp45 Juta  Rp45 Juta - < Rp70 Juta  Rp70 Juta - < Rp100 Juta  
 Lainnya \_\_\_\_\_

NPWP : \_\_\_\_\_

Alamat Tempat Tinggal	Alamat Tempat Kerja	:	_____
Saat Ini		:	_____
Kota	Kota	:	_____
Kode Pos	Kode Pos	:	_____
Provinsi	Provinsi	:	_____
Negara	Negara	:	_____
Telepon (Rumah)	Telepon (Kantor)	:	_____
Handphone	Handphone	:	_____
Email	Email	:	_____

Alamat Korespondensi :  Tempat Tinggal Saat Ini  Tempat Kerja

**B. DATA PRIBADI & PEKERJAAN PEMBAYAR KONTRIBUSI**

Hanya diisi bila mengambil/memiliki rider Payor

Pembayar Kontribusi adalah Hubungan dengan Peserta :  Pihak Yang Diasuransikan  Peserta  Lainnya, \_\_\_\_\_  
 Peserta : \_\_\_\_\_

Nama Lengkap : \_\_\_\_\_  
 Tempat/tanggal lahir : \_\_\_\_\_ Negara tempat lahir : \_\_\_\_\_

Jenis Identitas :  KTP  SIM  Passport  KIMS  KITAS  Akta Lahir  KTP seumur hidup  
 Nomor Identitas : \_\_\_\_\_ Tanggal berakhirnya Identitas : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 tgl bln tahun

Kewarganegaraan :  WNI  Non WNI, sebutkan kewarganegaraannya \_\_\_\_\_

Jenis Kelamin :  Laki-laki  Wanita Status Perkawinan :  Kawin  Belum Kawin  Janda / Duda

Agama :  Islam  Kristen  Katolik  Hindu  Budha  Lainnya \_\_\_\_\_

Apakah Anda perokok? :  Ya, \_\_\_\_\_ batang/hari  Tidak

Tinggi badan : \_\_\_\_\_ cm Berat badan : \_\_\_\_\_ kg

Nama Instansi/Perusahaan : \_\_\_\_\_  
 Jenis Usaha Instansi/Perusahaan : \_\_\_\_\_  
 Jabatan (khusus PNS/TNI/POLRI, sebutkan pangkat Anda) : \_\_\_\_\_  
 Jelaskan Tugas Anda Secara detail : \_\_\_\_\_  
 Jumlah Penghasilan

Gross Per Bulan :  Tidak ada penghasilan  < Rp10 Juta  Rp10 Juta - < Rp25 Juta  
 Rp25 Juta - < Rp45 Juta  Rp45 Juta - < Rp70 Juta  Rp70 Juta - < Rp100 Juta  
 Lainnya \_\_\_\_\_

NPWP : \_\_\_\_\_

Alamat Tempat Tinggal	Alamat Tempat Kerja	:	_____
Saat Ini		:	_____
Kota	Kota	:	_____
Kode Pos	Kode Pos	:	_____
Provinsi	Provinsi	:	_____
Negara	Negara	:	_____
Telepon (Rumah)	Telepon (Kantor)	:	_____
Handphone	Handphone	:	_____
Email	Email	:	_____

Alamat Korespondensi :  Tempat Tinggal Saat Ini  Tempat Kerja

**SUMBER DANA PEMBAYAR KONTRIBUSI**

1. Tujuan pengajuan Asuransi (pilihan dapat lebih dari satu)  
 Proteksi  Tabungan  Pendidikan  Pensiun  Lainnya \_\_\_\_\_

2. Sumber penghasilan per bulan dari Pembayar Kontribusi (pilihan dapat lebih dari satu)  
 Gaji  Pasangan (Suami/Istri)  Hasil Investasi  Bisnis Pribadi  Bonus/Insentif/Komisi  
 Lainnya \_\_\_\_\_

**C. DATA PRIBADI & PEKERJAAN PASANGAN PEMBAYAR KONTRIBUSI**

Hanya diisi bila mengambil/memiliki rider Spouse Payor

Pasangan Pembayar

Kontribusi adalah :  Pihak Yang Diasuransikan  Peserta  Lainnya, \_\_\_\_\_  
 Hubungan dengan : \_\_\_\_\_  
 Pembayar Kontribusi : \_\_\_\_\_

Nama Lengkap : \_\_\_\_\_  
 Tempat/tanggal lahir : \_\_\_\_\_ Negara tempat lahir : \_\_\_\_\_

Jenis Identitas :  KTP  SIM  Passport  KIMS  KITAS  Akta Lahir  KTP seumur hidup  
 Nomor Identitas : \_\_\_\_\_ Tanggal berakhirnya Identitas : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 tgl bln tahun

Kewarganegaraan :  WNI  Non WNI, sebutkan kewarganegaraannya \_\_\_\_\_

Jenis Kelamin :  Laki-laki  Wanita Status Perkawinan :  Kawin  Belum Kawin  Janda / Duda

Agama :  Islam  Kristen  Katolik  Hindu  Budha  Lainnya \_\_\_\_\_

Apakah Anda perokok? :  Ya, \_\_\_\_\_ batang/hari  Tidak

Tinggi badan : \_\_\_\_\_ cm Berat badan : \_\_\_\_\_ kg

Nama Instansi/Perusahaan : \_\_\_\_\_

Jenis Usaha Instansi/Perusahaan : \_\_\_\_\_

Jabatan (khusus PNS/TNI/POLRI, sebutkan pangkat Anda) : \_\_\_\_\_

Jelaskan Tugas Anda Secara detail : \_\_\_\_\_

Jumlah Penghasilan

Gross Per Bulan :  Tidak ada penghasilan  < Rp10 Juta  Rp10 Juta - < Rp25 Juta

Rp25 Juta - < Rp45 Juta  Rp 45 Juta - < Rp70 Juta  Rp70 Juta - < Rp100 Juta

Lainnya \_\_\_\_\_

NPWP : \_\_\_\_\_

Alamat Tempat Tinggal Saat Ini : \_\_\_\_\_

Kota : \_\_\_\_\_

Kode Pos : \_\_\_\_\_

Provinsi : \_\_\_\_\_

Negara : \_\_\_\_\_

Telepon (Rumah) : \_\_\_\_\_

Handphone : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Alamat Tempat Kerja : \_\_\_\_\_

Kota : \_\_\_\_\_

Kode Pos : \_\_\_\_\_

Provinsi : \_\_\_\_\_

Negara : \_\_\_\_\_

Telepon (Kantor) : \_\_\_\_\_

Handphone : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Alamat Korespondensi :  Tempat Tinggal Saat Ini  Tempat Kerja

**SUMBER DANA PASANGAN PEMBAYAR KONTRIBUSI**

1. Tujuan pengajuan Asuransi (pilihan dapat lebih dari satu)  
 Proteksi  Tabungan  Pendidikan  Pensiun  Lainnya \_\_\_\_\_

2. Sumber penghasilan per bulan dari Pasangan Pembayar Kontribusi (pilihan dapat lebih dari satu)  
 Gaji  Pasangan (Suami/Istri)  Hasil Investasi  Bisnis Pribadi  Bonus/Insentif/Komisi  
 Lainnya \_\_\_\_\_

D. PERNYATAAN KESEHATAN							
Pihak Yang Diasuransikan, Pembayar Kontribusi, dan Pasangan Pembayar Kontribusi harus menjawab semua pertanyaan dalam Surat Permohonan Asuransi Jiwa Tambahan ini (dan dalam pernyataan pribadi yang menyangkut pertanyaan kesehatan yang diajukan oleh Allianz atau pemeriksaan kesehatan) secara lengkap dan jujur, jika tidak maka akan terjadi pembatalan polis yang telah diterbitkan. Berilah tanda (✓) pada kolom "YA" jika Ya atau "TIDAK" jika Tidak.  <b>Jika Anda menjawab "Ya" untuk setiap pertanyaan dibawah ini, maka mohon jelaskan secara detail jawaban Anda pada bagian "INFORMASI KONDISI KESEHATAN" pada halaman 7</b> *) Hanya diisi jika mengambil rider Payor **) Hanya diisi jika mengambil rider Spouse Payor		PIHAK YANG DIASURANSIKAN		PEMBAYAR KONTRIBUSI*		PASANGAN PEMBAYAR KONTRIBUSI**	
		YA	TIDAK	YA	TIDAK	YA	TIDAK
1.	Apakah Anda mempunyai polis dan/atau sedang mengajukan permohonan asuransi jiwa, kesehatan, pada PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2.	Apakah Anda mempunyai polis dan/atau sedang mengajukan permohonan asuransi jiwa, kesehatan, pada perusahaan asuransi lain?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3.	Apakah pernah pengajuan asuransi jiwa Anda ditolak, ditangguhkan atau diterima dengan pengecualian atau diterima dengan ekstra Kontribusi oleh perusahaan asuransi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
4.	Apakah Anda pernah mendapatkan atau saat ini sedang dalam pengobatan untuk kecanduan obat terlarang/penyalahgunaan obat terlarang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
5.	Apakah Anda sedang atau pernah didiagnosa menderita penyakit atau gejala penyakit atau melakukan aktivitas tersebut dibawah ini:						
	1. Asthma, bronchitis, TBC paru, flek paru, gangguan pernafasan pneumonia, batuk darah, batuk lama, atau penyakit paru lainnya atau gangguan sistem pernafasan lain?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	2. Nyeri dada, serangan jantung, operasi/penyakit jantung koroner, penyempitan pembuluh darah jantung, operasi /penyakit katup jantung, jantung berdebar, penyakit jantung bawaan, demam rheumatic, gejala penyakit jantung lainnya, tekanan darah tinggi, tekanan darah rendah, peningkatan kolesterol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	3. Stroke, kelainan pembuluh darah otak, radang otak, gangguan lain pada otak, kelainan pembuluh darah lainnya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	4. Penyakit kencing manis, penyakit kelenjar gondok/thyroid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	5. Benjolan, tumor, kista, kanker, pembesaran kelenjar getah bening?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	6. Hepatitis A/ Hepatitis B / Hepatitis C, Hepatitis fulminant, penyakit hati kronis, penyakit hati lainnya, penyakit saluran pencernaan termasuk usus, maag / gastritis, kandung empedu, pancreatitis, hernia, luka / ulkus pada lambung atau usus, wasir / ambien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	7. Penyakit ginjal, kandung kemih, kolik ginjal, batu ginjal, gagal ginjal, cuci darah, gangguan prostat, gangguan saluran kencing lainnya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	8. Kelainan darah, anemia, anemia aplastik, thalassemia, hemofilia, penyakit kelainan darah lainnya atau menerima transfusi darah?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	9. Epilepsi, kejang, sakit kepala berulang, pusing migran, vertigo, pingsan, gangguan kesadaran, koma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	10. Gangguan persendian, tulang, otot, gangguan tulang belakang, skoliosis, peningkatan asam urat, radang sendi, kelumpuhan, kelemahan anggota gerak, polio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	11. Depresi gangguan kecemasan, gangguan kejiwaan/psikologis/mental, autis, gangguan sistem syaraf lainnya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	12. Lupus eritematosus sistematik, penyakit sistem kekebalan (auto immune)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	13. Penyakit menular seksual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	14. Penyakit malaria, penyakit kaki gajah?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	15. Telinga berdengung, gangguan pendengaran, tuli, gangguan penglihatan, buta, gangguan berbicara, bisu penyakit telinga / hidung / tenggorokan (THT), sinus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	16. HIV/ AIDS, kondisi yang berhubungan dengan AIDS termasuk diare menahun, demam berulang, luka di kulit berulang, dan berkepanjangan yang tidak diketahui penyebabnya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Pihak Yang Diasuransikan, Pembayar Kontribusi, dan Pasangan Pembayar Kontribusi harus menjawab semua pertanyaan dalam Surat Permohonan Asuransi Jiwa Tambahan ini (dan dalam pernyataan pribadi yang menyangkut pertanyaan kesehatan yang diajukan oleh Allianz atau pemeriksaan kesehatan) secara lengkap dan jujur, jika tidak maka akan terjadi pembatalan polis yang telah diterbitkan. Berilah tanda (√) pada kolom "YA" jika Ya atau "TIDAK" jika Tidak. <b>Jika Anda menjawab "Ya" untuk setiap pertanyaan dibawah ini, maka mohon jelaskan secara detail jawaban Anda pada bagian "INFORMASI KONDISI KESEHATAN" pada halaman 7</b> *) Hanya diisi jika mengambil rider Payor **) Hanya diisi jika mengambil rider Spouse Payor		PIHAK YANG DIASURANSIKAN		PEMBAYAR KONTRIBUSI*		PASANGAN PEMBAYAR KONTRIBUSI**	
		YA	TIDAK	YA	TIDAK	YA	TIDAK
17.	Cacat fisik, kelainan bawaan, kelainan bentuk, gangguan anggota tubuh, amputasi, luka bakar, kematian selaput otot atau jaringan (gangrene)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
18.	Transplantasi organ vital tubuh seperti: sumsum tulang, ginjal, paru-paru, hati jantung, pankreas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
19.	Melakukan konsultasi ke dokter, melakukan pemeriksaan diagnostik seperti: pemeriksaan laboratorium, CT Scan, ECG, USG, Biopsi, Rontgen atau pemeriksaan penunjang lain?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
20.	Pemah dirawat atau sedang mendapatkan pengobatan dokter, mengkonsumsi obat secara teratur dan rutin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
21.	Pernah atau sedang menderita penyakit atau gejala-gejala selain yang disebutkan diatas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
22.	Apakah Anda pada saat pengisian Surat Permohonan Asuransi Tambahan ini dalam keadaan sehat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<b>Hanya untuk wanita</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
23.	Pernah mengalami hasil pemeriksaan tidak normal dari USG payudara, mamogram, USG kandungan, pap smear atau pemeriksaan kandungan lainnya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
24.	Pernah mengalami keguguran, aborsi, atau kehamilan diluar kandungan atau komplikasi kehamilanlainnya, gangguan haid, kelainan/penyakit pada alat kandungan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
25.	Saat ini sedang hamil? Jika "Ya" berapa usia kandungan Anda? Pihak Yang Diasuransikan : <input type="text"/> <input type="text"/> Bulan atau <input type="text"/> <input type="text"/> Minggu Pembayar Kontribusi : <input type="text"/> <input type="text"/> Bulan atau <input type="text"/> <input type="text"/> Minggu Pasangan Pembayar Kontribusi : <input type="text"/> <input type="text"/> Bulan atau <input type="text"/> <input type="text"/> Minggu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
6.	Apakah ada di antara orang tua atau saudara kandung Anda yang pernah menderita sakit jantung diabetes, stroke, sakit ginjal, gangguan mental/kejiwaan/psikologis, kanker, atau penyakit keturunan lainnya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
7.	Apakah Anda mempunyai kebiasaan minum-minuman beralkohol? Jika "Ya", Sebutkan: Pihak Yang Diasuransikan : <input type="text"/> <input type="text"/> Gelas atau <input type="text"/> <input type="text"/> Botol per minggu Pembayar Kontribusi : <input type="text"/> <input type="text"/> Gelas atau <input type="text"/> <input type="text"/> Botol per minggu Pasangan Pembayar Kontribusi : <input type="text"/> <input type="text"/> Gelas atau <input type="text"/> <input type="text"/> Botol per minggu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
8.	Apakah pernah terjadi penurunan atau peningkatan berat badan Anda sebanyak > 5 kg dalam 1 tahun terakhir (tidak termasuk perubahan berat badan dibawah pengawasan profesional atau karena kehamilan)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
9.	Apakah setiap pekerjaan yang Anda lakukan mengharuskan Anda untuk melakukan tugas yang berada di bawah air, pertanian yang memerlukan penerbangan, dengan bahan peledak atau bahan kimia berbahaya dan/atau di ketinggian (tidak termasuk penumpang atau pilot atau pramugari/pramugara, awak kabin pesawat berjadwal/komersial)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
10.	Apakah saat ini Anda mengambil bagian dalam, atau berniat untuk mulai ambil bagian dalam terjun payung, terbang dengan pesawat carter (selain sebagai penumpang, pilot, pramugari/pramugara, awak kabin pesawat berjadwal/komersial), scuba diving, balap mobil, balap sepeda motor, mendaki gunung, panjat tebing, caving, terjun payung, gantole, tinju kompetitif, seni bela diri dan/atau kegiatan lainnya yang dianggap berbahaya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Pihak Yang Diasuransikan, Pembayar Kontribusi, dan Pasangan Pembayar Kontribusi harus menjawab semua pertanyaan dalam Surat Permohonan Asuransi Jiwa Tambahan ini (dan dalam pernyataan pribadi yang menyangkut pertanyaan kesehatan yang diajukan oleh Allianz atau pemeriksaan kesehatan) secara lengkap dan jujur, jika tidak maka akan terjadi pembatalan polis yang telah diterbitkan. Berilah tanda (√) pada kolom "YA" jika Ya atau "TIDAK" jika Tidak.  <b>Jika Anda menjawab "Ya" untuk setiap pertanyaan dibawah ini, maka mohon jelaskan secara detail jawaban Anda pada bagian "INFORMASI KONDISI KESEHATAN" pada halaman 7</b> *) Hanya diisi jika mengambil rider Payor **) Hanya diisi jika mengambil rider Spouse Payor		PIHAK YANG DIASURANSIKAN		PEMBAYAR KONTRIBUSI*		PASANGAN PEMBAYAR KONTRIBUSI**	
		YA	TIDAK	YA	TIDAK	YA	TIDAK
11.	<p><u>Sehubungan dengan NOVEL CORONAVIRUS - COVID-19/SARS-CoV-2</u></p> <p>1. Apakah anda pernah menjalani pemeriksaan/tes untuk novel coronavirus (COVID-19/SARSCoV-2 dan mendapatkan hasil positif atau reaktif? Jika Ya, mohon sebutkan tanggal pemeriksaan/tes yang dilakukan dan jenis dari pemeriksaan/tes tersebut (seperti antibody, antigen, PCR dan lainnya)                      Pihak Yang Diasuransikan : _____                      Pembayar Kontribusi : _____                      Pasangan Pembayar Kontribusi : _____</p> <p>2. Apakah anda pernah menjalani karantina karena kemungkinan terpapar novel coronavirus (COVID 19/ SARSCoV-2)? Jika Ya, mohon sebutkan tanggal dan lokasi dimana anda menjalani karantina tersebut.                      Pihak Yang Diasuransikan : _____                      Pembayar Kontribusi : _____                      Pasangan Pembayar Kontribusi : _____</p> <p>3. Apakah anda pernah kontak maupun melakukan kontak erat dengan seseorang yang menjalani karantina atau yang sudah didiagnosa novel coronavirus (COVID-19/SARS-CoV-2)? Jika Ya, mohon jelaskan secara rinci dan lengkap termasuk tanggal karantina dan tanggal diagnosa ditegakkan.                      Pihak Yang Diasuransikan : _____                      Pembayar Kontribusi : _____                      Pasangan Pembayar Kontribusi : _____</p> <p>4. Apakah anda pernah mengalami satu atau beberapa gejala dibawah ini dalam 14 hari terakhir?                      • Demam                      • Batuk                      • Nafas pendek/Sesak/susah bernafas                      • lemas (seperti gejala flu)                      • Hidung berair (lendir dari hidung)                      Jika Ya, Mohon sebutkan gejala apa saja yang dialami dan jelaskan                      Pihak Yang Diasuransikan : _____                      Pembayar Kontribusi : _____                      Pasangan Pembayar Kontribusi : _____</p> <p>5. Pernyataan riwayat atau rencana perjalanan</p> <p>a. Mohon sebutkan riwayat perjalanan yang telah anda lakukan dalam 30 hari terakhir:                      Negara : _____                      Kota : _____                      Tanggal Kedatangan : _____                      Tanggal Keberangkatan : _____</p> <p>b. Mohon sebutkan riwayat perjalanan yang akan anda lakukan dalam 30 hari kedepan:                      Negara : _____                      Kota : _____                      Tanggal Kedatangan : _____                      Tanggal Keberangkatan : _____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Informasi kondisi kesehatan (bila ada jawaban "Ya" pada "Pertanyaan Kesehatan")	
Pertanyaan No	Jika dijawab Ya, jelaskan dengan lengkap: Diagnosanya, lama diderita, tanggal konsultasi (rawat), nama dan alamat dokter/rumah sakit/tempat konsultasi, serta kondisi saat ini. (Harap menggunakan Form Perubahan/tambahan Surat Permohonan Asuransi (SPA), jika tempat tidak mencukupi)

Penjelasan

**PIHAK YANG DIASURANSIKAN**

**PEMBAYAR KONTRIBUSI**

**PASANGAN PEMBAYAR KONTRIBUSI**

**E. DATA PERTUKARAN INFORMASI ANTAR NEGARA-INDIVIDU**

Pemerintah Indonesia telah menyatakan tunduk pada ketentuan FATCA (*Foreign Account Tax Compliance Act*) dan CRS (*Common Reporting Standard*). FATCA bertujuan untuk meningkatkan kepatuhan pajak dari penduduk atau orang yang berkaitan (indicia) dengan Amerika Serikat yang berdomisili, memiliki aset atau berpenghasilan di luar Amerika.

CRS bertujuan untuk meningkatkan kepatuhan pajak dari warga negara mitra/yurisdiksi mitra yang memiliki aset atau penghasilan di luar negara domisili mereka. Negara Mitra/Yurisdiksi Mitra adalah negara atau yurisdiksi yang terikat dengan Pemerintah Indonesia dalam Perjanjian Internasional. Data berikut dibutuhkan sesuai ketentuan FATCA dan CRS yang berlaku.

1. Apakah Anda adalah warga negara/wajib pajak di luar negeri selain Indonesia yang merupakan Negara Mitra/Yurisdiksi Mitra?  Ya  Tidak

2. Apakah alamat tempat tinggal berdasarkan identitas Anda sama dengan alamat korespondensi?  Ya  Tidak  
Jika "Tidak", mohon sebutkan alamat anda berdasarkan identitas. Jika "Ya" mohon lanjut ke pertanyaan ke-8

3. Alamat berdasarkan identitas : \_\_\_\_\_

4. Kota : \_\_\_\_\_ 5. Provinsi : \_\_\_\_\_

6. Kode Pos : \_\_\_\_\_ 7. Negara : \_\_\_\_\_

8. NPWP : \_\_\_\_\_

9. Informasi negara dimana Anda adalah sebagai wajib pajak selain Indonesia yang merupakan Negara Mitra/Yurisdiksi Mitra

Kode Negara	Tax Identification Number (TIN)/Nomor Wajib Pajak	A/B/C*	Penjelasan apabila memilih B

\*Penjelasan alasan apabila TIN/Nomor Wajib Pajak tidak tersedia

Kode Negara	Penjelasan
A	Negara Mitra/Yurisdiksi Mitra tidak mengeluarkan TIN kepada penduduknya
B	Peserta/Pemilik Rekening memang tidak dapat memperoleh TIN atau sejenisnya (Mohon jelaskan alasannya pada tabel di atas)
C	TIN tidak diwajibkan, hukum domestik dari negara/yurisdiksi yang bersangkutan tidak mewajibkan kelengkapan TIN

Jika formulir ini tidak mencukupi, dapat dibuat salinan (*copy*) untuk diisi

Untuk keperluan **FATCA**, isilah dengan memberi tanda  pada kotak jawaban yang sesuai

PERTANYAAN	YA	TIDAK
10. Apakah negara penerbit identitas Anda adalah Amerika Serikat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Apakah Anda lahir di Negara Amerika Serikat/Puerto Rico/American Samoa/United States Minor Outlying Islands/Kepulauan Virgin/Guam/Kepulauan Mariana Utara?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jika terdapat jawaban "Ya" pada salah satu dari pertanyaan 10 - 11 di atas, mohon menjawab pertanyaan berikut:

PERTANYAAN	YA	TIDAK
12. Apakah Anda memiliki ijin tinggal di Amerika Serikat ( <i>US green card</i> )?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Apakah Anda merupakan penduduk tetap berstatus asing di Amerika Serikat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Apakah Anda pembayar pajak ke Amerika Serikat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jika terdapat jawaban "Ya" pada salah satu dari pertanyaan 12-14 di atas, mohon untuk mengisi formulir lain yang diperlukan\*)

\*) Formulir IRS (W-8BEN untuk warga Non Amerika Serikat namun terkait dengan Amerika Serikat; W-9 untuk warga Amerika Serikat)

**F. PERNYATAAN DAN JAMINAN**

Saya, sebagai Peserta / Pihak Yang Diasuransikan / Pembayar Kontribusi / Pasangan Pembayar Kontribusi atau selaku Orang Tua / Wali Pihak Yang Diasuransikan / ("**Saya**"), telah mengisi Surat Permintaan Asuransi Tambahan ("**Formulir**") ini dengan benar dan jujur dan dengan ini pula menyatakan dan menyetujui:

1. Semua keterangan yang diberikan di dalam Formulir ini (termasuk surat, formulir dan/atau dokumen lainnya sehubungan dengan Formulir ini) dan keterangan lain yang Saya sampaikan kepada Allianz, tenaga pemasar atau kepada pemeriksa kesehatan yang ditunjuk oleh Allianz adalah benar dan tidak ada keterangan-keterangan dan hal-hal lain yang Saya sembunyikan, serta Saya sendiri yang menandatangani Formulir ini (serta surat, formulir dan/atau dokumen lainnya sehubungan dengan Formulir ini).
2. Bahwa apabila ternyata pernyataan, keterangan, dokumen dan jawaban yang Saya berikan tidak benar/diragukan kebenarannya, maka Saya memahami serta menyetujui sepenuhnya bahwa Polis menjadi batal dan Allianz dibebaskan dari segala kewajibannya membayar Santunan Asuransi, segala gugatan, tuntutan, klaim atau bagian dari itu dalam bentuk dan nama apapun, maupun mengembalikan Kontribusi, baik saat ini maupun di kemudian hari.
3. Segala risiko yang timbul sehubungan dengan pengajuan pada Formulir ini sepenuhnya merupakan tanggung jawab Saya, dan Saya melepaskan Allianz dari segala tanggung jawab, gugatan, kerugian dan/atau tuntutan dalam bentuk apapun dari pihak manapun termasuk Saya baik saat ini maupun di kemudian hari sehubungan dengan pengajuan pada Formulir ini.
4. Saya mengerti dan memahami bahwa pengajuan pada Formulir ini hanya akan diproses oleh Allianz setelah seluruh dokumen yang dipersyaratkan disampaikan secara benar dan lengkap dan pengajuan akan diproses sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Allianz.
5. Saya menyetujui bahwa apabila diperlukan Allianz dapat meminta dokumen pendukung lainnya dan/atau melakukan verifikasi dan konfirmasi sehubungan dengan pengajuan pada Formulir ini melalui media yang ditentukan oleh Allianz. Dalam hal dokumen pendukung lainnya tidak disampaikan oleh Saya dalam jangka waktu yang ditentukan oleh Allianz atau verifikasi dan konfirmasi tidak berhasil dilakukan oleh Allianz, maka proses pengajuan pada Formulir ini tidak dapat diproses lebih lanjut.
6. Saya dengan ini memberikan persetujuan dan izin, kepada Allianz untuk:
  - a. menyimpan dan memproses data dan/atau informasi pribadi Saya (termasuk data dan informasi kesehatan serta finansial Saya) dalam rangka dan/atau untuk setiap tujuan berikut ini:
    - (i) proses pengajuan permohonan asuransi;
    - (ii) penerbitan Polis;
    - (iii) penilaian risiko asuransi;
    - (iv) kegiatan operasional Allianz;
    - (v) pengajuan dan penanganan setiap klaim (termasuk namun tidak terbatas pada pemeriksaan dan investigasi klaim);
    - (vi) pembayaran manfaat asuransi/klaim;
    - (vii) keperluan ko-asuransi termasuk penanganan klaim yang timbul atas ko-asuransi;
    - (viii) pelayanan nasabah termasuk penanganan keluhan/komplain;
    - (ix) pembayaran komisi;
    - (x) kerja sama dalam rangka penemuan atau pencegahan penipuan dan kejahatan keuangan;
    - (xi) setiap proses hukum yang melibatkan Allianz dan/atau tenaga pemasarnya;
    - (xii) kerja sama reasuransi dan/atau retrosesi;
    - (xiii) kepatuhan terhadap perintah pengadilan, hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku; dan/atau
    - (xiv) proses lainnya yang terkait dengan penyelenggaraan kegiatan asuransi;
  - b. mengungkapkan data dan/atau informasi pribadi Saya (termasuk data dan informasi kesehatan serta finansial Saya) kepada pihak-pihak berikut ini:
    - (i) ahli medis dan/atau pihak ketiga lainnya (termasuk mereka yang memberikan perawatan, pelayanan kesehatan dan/atau layanan lainnya kepada Saya);
    - (ii) setiap perusahaan (termasuk perusahaan penyedia layanan, perusahaan asuransi, dan perusahaan reasuransi), mitra, orang atau pihak ketiga yang ditunjuk dan/atau bekerja sama dengan Allianz;
    - (iii) perusahaan induk Allianz, afiliasi, anak perusahaan, agen dan perwakilannya dan/atau usaha patungan; dan/atau
    - (iv) otoritas, asosiasi asuransi dan/atau badan pemerintah (regulator), dalam rangka dan/atau untuk setiap tujuan sebagaimana yang diuraikan dalam butir 5 (a).

- c. Menyimpan serta memproses data dan/atau informasi pribadi Saya (termasuk data dan informasi kesehatan serta finansial Saya) dan mengungkapkan data dan/atau informasi pribadi tersebut untuk menanggapi perintah pengadilan atau proses hukum atau permintaan dari regulator manapun atau pihak berwenang atau untuk melindungi terhadap penipuan atau aktivitas ilegal lainnya atau untuk tujuan manajemen risiko atau untuk memungkinkan Allianz untuk melakukan upaya hukum yang tersedia atau membatasi kerusakan yang mungkin terjadi terhadap Allianz, dan/atau mematuhi hukum dan proses hukum termasuk tetapi tidak terbatas pada peraturan tentang FATCA dan CRS ("Kebutuhan Pelaporan Pertukaran Informasi Antar Negara"). Saya juga bersedia untuk memberikan informasi/dokumen yang diperlukan guna memenuhi kebutuhan terkait ("Informasi Terkait") dan dengan segera menyampaikan pengkinian data kepada Allianz jika ada perubahan atas Informasi Terkait tersebut.
7. Saya, dengan ini memberi kuasa dan izin kepada:
- setiap dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, laboratorium, lembaga / instansi lainnya, perusahaan asuransi, badan hukum, perorangan atau organisasi lainnya, yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan atau kesehatan Saya, suami/istri atau putra/putri Saya, riwayat pengobatan atau perawatan di rumah sakit, nasihat-nasihat dokter baik selama Saya, suami/istri atau putra/putri Saya masih hidup atau meninggal dunia; dan/atau
  - setiap dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, laboratorium, lembaga / instansi lainnya, perusahaan asuransi, badan hukum, perorangan atau organisasi lainnya yang ditunjuk dan/atau direkomendasikan oleh Allianz,
- untuk memberitahu dan mengungkapkan kepada Allianz atau mereka yang diberi kuasa atau ditunjuk oleh Allianz, mengenai segala keterangan mengenai diri dan kesehatan Saya, suami/istri, atau putra/putri Saya, beserta catatan riwayat kesehatan, pengobatan atau perawatan, nasihat-nasihat dokter dan informasi lainnya tentang Saya, suami/istri, atau putra/putri Saya.
8. Saya dengan ini melepaskan ketentuan-ketentuan yang termaktub dalam pasal 1813, 1814 dan 1816 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, serta pemberian kuasa yang tercantum dalam Formulir ini tidak dapat ditarik kembali dan mengikat para pengganti / ahli waris / Penerima Manfaat dan orang yang ditunjuk dan tetap berlaku setelah Saya meninggal atau dalam keadaan cacat atau berada di bawah pengampuan. Salinan (fotokopi) surat kuasa ini adalah sah dan mempunyai kekuatan hukum yang sama seperti aslinya.
9. Saya mengerti bahwa untuk mempelajari lebih lanjut tentang bagaimana Allianz melindungi data pribadi dan hak-hak saya dengan mengakses tautan berikut: <https://www.allianz.co.id/kebijakan-privasi.html>.
10. Apabila pembayaran yang dilakukan terdapat indikasi mencurigakan sebagaimana yang tercantum pada UU Pencegahan dan Pemberantasan Tindak Pidana Pencucian Uang & Pendanaan Terorisme, maka Penanggung dapat melakukan hal-hal yang dibutuhkan sebagaimana tercantum di dalam peraturan perundang-undangan tersebut.
11. Sehubungan dengan Peraturan Otoritas Jasa Keuangan tentang Penerapan Program Anti Pencucian Uang dan Pencegahan Pendanaan Terorisme di Sektor Jasa Keuangan:
- Saya menyadari, mengerti dan memahami bahwa Saya memiliki kewajiban untuk senantiasa melakukan pengkinian data kepada Allianz dan menyerahkan salinan dokumen pendukung yang berlaku.
  - Saya juga setuju bahwa Allianz dapat menolak dan/atau membatalkan transaksi, apabila Saya (1) tidak melakukan pengkinian data; (2) diketahui dan/atau patut diduga menggunakan dokumen palsu atau menyampaikan informasi yang diragukan kebenarannya; (3) terdapat di dalam Daftar Terduga Teroris, Organisasi Teroris dan Proliferasi Senjata Pemusnah Massal; dan/atau (4) kondisi lainnya sebagaimana diatur pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.
12. Saya mengakui dan menyetujui bahwa Formulir ini dapat ditandatangani dengan tanda tangan elektronik (baik seluruhnya atau sebagian), yang harus dianggap sebagai tanda tangan asli untuk semua tujuan dan yang memiliki kekuatan hukum yang sama dengan tanda tangan asli (basah). Saya mengakui dan menyetujui bahwa, dalam setiap proses hukum dalam setiap hal yang sehubungan dengan Formulir ini dan/atau produk asuransi dan/atau permohonan ini, Saya secara tegas mengesampingkan setiap hak untuk (i) mengajukan pembelaan atau pelepasan tanggung jawab/kewajiban; dan/atau (ii) membatalkan Formulir ini, atas alasan penandatanganan Formulir ini oleh Saya dengan tanda tangan elektronik.
13. Efektif sejak tanggal 1 November 2023 ("Tanggal Efektif"), PT Asuransi Allianz Life Indonesia ("Allianz Life") telah (i) melakukan pemisahan unit usaha syariah yang dikelola oleh Allianz Life; dan (ii) mengalihkan portofolio kepesertaan syariah, kepada anak perusahaan Allianz Life, yaitu PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia ("Allianz Syariah"). Jika Polis Anda telah berakhir sebelum Tanggal Efektif, maka setiap proses permohonan pemulihan Polis akan dilakukan oleh Allianz Syariah.
14. Dengan menandatangani Formulir ini, maka Saya mengkonfirmasi keputusan untuk melanjutkan transaksi yang tercantum pada Formulir ini.

Dibuat dan ditandatangani di \_\_\_\_\_ tanggal pengajuan (tanggal/bulan/tahun) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Tanda Tangan  
Pihak Yang Diasuransikan

Tanda Tangan  
Peserta

TandaTangan  
Pembayar Kontribusi

TandaTangan  
Pasangan Pembayar Kontribusi

\_\_\_\_\_  
(Nama Lengkap)

\_\_\_\_\_  
(Nama Lengkap)

\_\_\_\_\_  
(Nama Lengkap)

\_\_\_\_\_  
(Nama Lengkap)

<p><b>Data Tenaga Pemasar</b></p> <p>Nama Tenaga Pemasar : _____</p> <p>Nomor telepon/handphone : _____</p> <p>Nama Leader : _____</p> <p>Nomor telepon/handphone: _____</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">Tanda Tangan</p> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;">_____ (Nama Lengkap)</p>	<p>Diverifikasi oleh : <input type="checkbox"/> Agency    <input type="checkbox"/> Allianz Center</p> <p>Nama : _____</p> <p>Tanggal : _____</p> <p>Telepon : _____</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">Tanda Tangan</p> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;">_____ (Nama Lengkap)</p>								
<p>Catatan diisi oleh Kantor Pusat</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">1. _____</td> <td style="width: 50%; border: none;">5. _____</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">2. _____</td> <td style="border: none;">6. _____</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">3. _____</td> <td style="border: none;">7. _____</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">4. _____</td> <td style="border: none;">8. _____</td> </tr> </table>		1. _____	5. _____	2. _____	6. _____	3. _____	7. _____	4. _____	8. _____
1. _____	5. _____								
2. _____	6. _____								
3. _____	7. _____								
4. _____	8. _____								