

KETERANGAN KESEHATAN PEMEGANG POLIS DAN TERTANGGUNG

1 Apakah Anda mempunyai Polis dan atau sedang mengajukan permintaan Asuransi Jiwa, Asuransi Kecelakaan, Asuransi Kesehatan pada PT ASURANSI JIWA ASTRA Indonesia atau perusahaan asuransi lain?

PP : **TT :** **TT1 :** **TT2 :** **TT3 :** **TT4 :**
 Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak

Jika "Ya", sebutkan nama perusahaan asuransi, jenis Pertanggung dan Uang Pertanggung : _____

2 Apakah Polis atau permintaan asuransi sebagaimana dimaksud dalam butir 1 diatas pernah ditolak, ditunda, diterima dengan penambahan Premi / Kontribusi, atau diberlakukan suatu pengecualian apapun?

PP : **TT :** **TT1 :** **TT2 :** **TT3 :** **TT4 :**
 Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak

Jika "Ya", sebutkan alasannya : _____

3 Apakah Pemegang Polis / Tertanggung perokok atau mengkonsumsi jenis tembakau lainnya?

PP : **TT :** **TT1 :** **TT2 :** **TT3 :** **TT4 :**
 Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak

Jika "Ya", berapa batang per hari ?

PP : _____ batang/hari. **TT2 :** _____ batang/hari.
TT : _____ batang/hari. **TT3 :** _____ batang/hari.
TT1 : _____ batang/hari. **TT4 :** _____ batang/hari.

4 Berapa banyak alkohol yang Anda minum secara rutin dalam seminggu (dinyatakan dalam standar unit alkohol) ?

1 Standar unit alkohol setara dengan air dalam kaleng berukuran 330 ml, anggur dalam gelas berukuran 125 ml atau alkohol lainnya dalam seloki berukuran 30 ml

PP : _____ Unit/Minggu **TT2 :** _____ Unit/Minggu
TT : _____ Unit/Minggu **TT3 :** _____ Unit/Minggu
TT1 : _____ Unit/Minggu **TT4 :** _____ Unit/Minggu

5 Apakah Anda pernah atau sedang menderita salah satu penyakit atau mengalami gejala/kelainan : pembuluh darah/jantung; kelainan pembuluh darah; tekanan darah tinggi; kelainan darah; TBC; asma; bronchitis; sakit maag; usus; penyakit hati; hepatitis; haemorrhoid/wasir; ginjal; saluran kencing; kandung kemih atau prostat; penyakit kelamin; kelainan saraf kelumpuhan; stroke; epilepsy, penyakit susunan syaraf/otak; gangguan otak; gangguan jiwa/depresi; gangguan penglihatan/pendengaran; malaria; typhus; rematik; gangguan otot/persendian/punggung; paru-paru; penyakit tiroid; diabetes; hyperkolesterol; gout; leukemia; anemia; tumor; kista; pertumbuhan (benjolan) yang abnormal; kanker; penyakit yang menyerang kekebalan tubuh (autoimun), dan penyakit kronis lainnya ataupun HIV/AIDS atau penyakit/kelainan lain yang tidak disebutkan di sini dalam 5 tahun terakhir?

PP : **TT :** **TT1 :** **TT2 :** **TT3 :** **TT4 :**
 Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak

6 Apakah Anda sedang dalam perawatan Dokter, sedang menjalani pengobatan, atau memiliki rencana untuk melakukan tindakan pembedahan, pemeriksaan kesehatan, ataupun pengobatan yang diakibatkan oleh adanya Penyakit maupun Kecelakaan.

PP : **TT :** **TT1 :** **TT2 :** **TT3 :** **TT4 :**
 Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak

7 Apakah Anda pernah atau sedang menjalani pemeriksaan kesehatan atau dalam perawatan dokter atau rawat inap di RS sehubungan dengan penyakit tersebut di atas dalam waktu 5 tahun terakhir?

PP : **TT :** **TT1 :** **TT2 :** **TT3 :** **TT4 :**
 Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak

Jika "Ya", sebutkan nama dokter/dokter keluarga yang mengetahui riwayat kesehatan Anda atau dokter yang Anda kunjungi terakhir kali : _____

8 Khusus untuk Tertanggung anak:

a. Proses kelahiran:

TT : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Prematur <input type="checkbox"/> Kelainan/Cidera	TT3 : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Prematur <input type="checkbox"/> Kelainan/Cidera
TT1 : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Prematur <input type="checkbox"/> Kelainan/Cidera	TT4 : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Prematur <input type="checkbox"/> Kelainan/Cidera
TT2 : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Prematur <input type="checkbox"/> Kelainan/Cidera	

b. Tinggi dan Berat Badan pada saat lahir :

TT : _____ cm _____ kilogram	TT3 : _____ cm _____ kilogram
TT1 : _____ cm _____ kilogram	TT4 : _____ cm _____ kilogram
TT2 : _____ cm _____ kilogram	

9 Apakah Anda mempunyai gejala-gejala penyakit atau keluhan kesehatan lainnya yang belum pernah dikonsultasikan ke dokter/pemeriksa kesehatan lainnya atau belum pernah diobati

(contoh: sering demam dalam waktu yang lama, kehilangan berat badan yang tidak diketahui sebab-sebabnya)?

PP : TT : TT1 : TT2 : TT3 : TT4 :
 Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak

Jika "Ya", sebutkan dan jelaskan : _____

10 Tuliskan nama dan alamat lengkap dokter/klinik/Rumah Sakit yang pernah atau biasa Anda kunjungi :

11 Kecuali diberikan dengan resep dokter, apakah Anda pernah menggunakan kokain, marijuana, LSD (Lysergic Acid Diethylamide), amphetamin, heroin atau narkotik lainnya?

PP : TT : TT1 : TT2 : TT3 : TT4 :
 Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak

12 Khusus untuk wanita:

a. Apakah Anda sekarang ini sedang hamil? (harap lampirkan copy kartu/buku kontrol kehamilan dengan informasi yang lengkap)

PP : TT : TT1 : TT2 : TT3 : TT4 :
 Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak

Jika "Ya", berapa usia kandungan saat ini?

PP : _____ Minggu TT2 : _____ Minggu
 TT : _____ Minggu TT3 : _____ Minggu
 TT1 : _____ Minggu TT4 : _____ Minggu

b. Apakah Anda pernah mengalami kesulitan / komplikasi pada saat melahirkan?

PP : TT : TT1 : TT2 : TT3 : TT4 :
 Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak

c. Nama dan alamat lengkap dokter yang memeriksa kandungan: _____

13 Apakah Anda memiliki orang tua/saudara yang menderita penyakit diabetes, tekanan darah tinggi, sakit jantung, stroke, ginjal, hepatitis, kelainan mental atau penyakit turunan lainnya?

PP : TT : TT1 : TT2 : TT3 : TT4 :
 Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak

Jika ada sebutkan status hubungan, Jenis penyakit dan usia saat sakit : _____

14 Apakah Anda sewaktu-waktu melakukan atau memiliki pekerjaan/hobby dalam bidang: penerbangan, microlighting, balap motor/mobil, paralayang, panjat tebing/mendaki gunung, terjun payung, menyelam, minyak dan gas bumi, caving & potholing, selancar, arum jeram, lainnya ?

PP : TT : TT1 : TT2 : TT3 : TT4 :
 Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak

15 Apakah Anda sering melakukan penerbangan yang tidak berjadwal (bukan menggunakan maskapai penerbangan umum berjadwal) ?

PP : TT : TT1 : TT2 : TT3 : TT4 :
 Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak

16 Apakah ada perubahan berat badan dan tinggi badan dalam 2 tahun terakhir ini ?

PP : TT : TT1 : TT2 : TT3 : TT4 :
 Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak Ya Tidak

PP : Tinggi Badan _____ cm Berat Badan _____ Kilogram TT2 : Tinggi Badan _____ cm Berat Badan _____ Kilogram
 TT : Tinggi Badan _____ cm Berat Badan _____ Kilogram TT3 : Tinggi Badan _____ cm Berat Badan _____ Kilogram
 TT1 : Tinggi Badan _____ cm Berat Badan _____ Kilogram TT4 : Tinggi Badan _____ cm Berat Badan _____ Kilogram

17 Apakah ada perubahan pekerjaan dalam 1 tahun terakhir?

PP :	TT :	TT1 :	TT2 :	TT3 :	TT4 :
Ya Tidak					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					

Jika ada,sebutkan jenis pekerjaan saat ini :

PP : _____ **TT2 :** _____
TT : _____ **TT3 :** _____
TT1 : _____ **TT4 :** _____

18 Apakah ada perubahan gaya hidup,hobi, jenis kelamin dan kesehatan dalam 1 tahun terakhir?

PP :	TT :	TT1 :	TT2 :	TT3 :	TT4 :
Ya Tidak					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					

Jika ada,sebutkan

PP : _____ **TT2 :** _____
TT : _____ **TT3 :** _____
TT1 : _____ **TT4 :** _____

Pernyataan dan Persetujuan Pemegang Polis

Dengan ini Saya menyatakan dan menyetujui bahwa :

1. Semua jawaban-jawaban dari seluruh pertanyaan tersebut merupakan dasar dan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis dan apabila ternyata jawaban / keterangan yang saya berikan tidak benar maka PT ASURANSI JIWA ASTRA berhak menolak pengajuan ataupun membatalkan Polis sesuai dengan ketentuan Polis.
2. Memberikan kuasa kepada setiap dokter, rumah sakit, klinik, Puskesmas, perusahaan asuransi atau organisasi lain, lembaga/badan hukum atau perorangan yang memiliki catatan atau informasi mengenai diri saya atau kesehatan saya untuk menyerahkan kepada PT ASURANSI JIWA ASTRA setiap dan seluruh informasi mengenai diri Saya yang dibutuhkan sehubungan dengan kesehatan Saya dan sejarah medis dan setiap pengobatan/perawatan di rumah sakit, nasihat, diagnosa, perawatan atau penyakit atau gejala penyakit, Saya juga memberikan persetujuan untuk diadakan investigasi pribadi semasa saya hidup dan sesudah Saya meninggal dunia. Salinan(fotocopy) dari surat kuasa ini akan sama sah dan kuatnya dengan yang asli.
3. Saya/Kami dengan ini memberikan izin dan kuasa kepada PT ASURANSI JIWA ASTRA selaku Penanggung dan Pengendali sekaligus Prosesor Data Pribadi untuk memproses data dan informasi pribadi Saya/Kami untuk keperluan dan tujuan sebagaimana maksud dari pengajuan atau penggunaan dokumen ini. Izin dan kuasa di dalam dokumen ini merupakan penegasan dari persetujuan atas penggunaan data pribadi dan pernyataan sebagaimana di dalam SPAJ.
4. Saya/Kami dengan ini memberikan izin dan kuasa kepada PT ASURANSI JIWA ASTRA untuk menggunakan, memberikan dan melakukan pertukaran informasi atau keterangan mengenai SAYA/KAMI yang tersedia, diperoleh atau disimpan oleh PT ASURANSI JIWA ASTRA (sesuai yang tercantum pada SPAJ ini atau sarana lain) serta melakukan transfer Data Pribadi kepada pengendali data pribadi lainnya atau prosesor data pribadi baik di dalam maupun luar wilayah Republik Indonesia, dan kepada pihak-pihak lain (termasuk tetapi tidak terbatas pada perusahaan asuransi, reasuransi, bank, pembiayaan, maupun perusahaan jasa keuangan lainnya, lembaga, asosiasi, atau badan hukum lain, serta organisasi atau entitas lainnya baik di dalam maupun di luar negeri baik yang memiliki hubungan kerjasama dengan PT ASURANSI JIWA ASTRA atau berdasarkan pengaturan tertentu dari pihak-pihak yang berwenang yang melandasi penggunaan, pemberian, dan pertukaran informasi atau keterangan sebagaimana dimaksud butir ini, selanjutnya seluruhnya disebut "Pihak Ketiga") dalam rangka pengajuan SPAJ ini, ketentuan Polis, pembayaran klaim, pelayanan nasabah sesuai dengan fitur produk asuransi, pelaksanaan ketentuan Polis, survey kepuasan nasabah, keperluan pertanggung dan pelayanan asuransi, analisa data, verifikasi dan validasi data baik oleh PT ASURANSI JIWA ASTRA maupun Pihak Ketiga, serta segala hal yang berkaitan dengannya, maupun untuk tujuan hukum dan perundang-undangan.
5. Saya/Kami dengan ini memberikan izin dan kuasa kepada PT ASURANSI JIWA ASTRA untuk menggunakan, memberikan dan melakukan pertukaran informasi atau keterangan mengenai SAYA/KAMI yang tersedia, diperoleh atau disimpan oleh PT ASURANSI JIWA ASTRA tetapi tidak terbatas kepada data informasi terkait nama, alamat, tanggal kelahiran, nomor telepon, alamat e-mail dan data-data terkait lainnya untuk kepentingan penawaran produk-produk asuransi lainnya milik PT ASURANSI JIWA ASTRA maupun produk- produk rekanan atau partner usaha PT ASURANSI JIWA ASTRA dan/atau Grup Astra lainnya.
6. Saya/Kami menyatakan seluruh pernyataan,keterangan dan jawaban yang saya berikan telah sesuai dengan apa yang saya ketahui secara jujur, lengkap dan benar. Jika Pernyataan dari Saya tersebut diatas ternyata terbukti di kemudian hari tidak benar dan/atau menyesatkan dan menimbulkan kerugian terhadap PT ASURANSI JIWA ASTRA, maka Saya wajib bersedia untuk menerima semua konsekuensi risiko dan bertanggung jawab atas kepesertaan Saya dan/atau tertanggung sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan oleh PT ASURANSI JIWA ASTRA dan ketentuan peraturan perundangan yang berlaku berikut perubahannya dikemudian hari, dan membebaskan PT ASURANSI JIWA ASTRA, dari segala tuntutan/gugatan hukum yang mungkin timbul dari pihak manapun sebagai akibat dari pernyataan yang tidak benar dan/atau menyesatkan tersebut.

Ditandatangani di _____ Pada tanggal _____ (tanggal/bulan/tahun)

Tanda tangan dan Nama Pemegang Polis

Tanda tangan dan NamaTertanggung

Tanda tangan dan NamaTertanggung Tambahan 1

Tanda tangan dan NamaTertanggung Tambahan 2

Tanda tangan dan NamaTertanggung Tambahan 3

Tanda tangan dan NamaTertanggung Tambahan 4

Tanda Tangan dan Nama Petugas Pemasaran

DIISI OLEH PETUGAS PEMASARAN ASTRA LIFE YANG MELAYANI TRANSAKSI DALAM FORMULIR INI

Nama Petugas Pemasaran : _____

No Tlp Petugas Pemasaran : _____