



FORMULIR PENAMBAHAN CALON TERTANGGUNG TAMBAHAN UNTUK ASURANSI TAMBAHAN

(Diisi oleh Petugas Pemasar)

<input type="checkbox"/> Penambahan pada New Business	Nomor SP :	<input type="text"/>	Nama Kantor Pemasaran :	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Penambahan pada Ulang Tahun Polis	Nomor Polis * :	<input type="text"/>	Kode Servicing Branch :	<input type="text"/>
		<small>*) Diisi khusus untuk penambahan pada Ulang Tahun Polis</small>		
	Nama Rider :	<input type="text"/>	Kode Petugas Pemasar :	<input type="text"/>
	Kode Rider :	<input type="text"/>	Nama Petugas Pemasar :	<input type="text"/>

PENTING

Anda wajib mengisi dengan benar dan lengkap semua pertanyaan di bawah ini berikut pertanyaan dalam setiap pemeriksaan kesehatan serta formulir tambahan yang diperlukan atau perubahannya, sesuai dengan keadaan sebenarnya.
Anda wajib menandatangani setiap koreksi penulisan/pengisian dalam bentuk coretan.

DATA PRIBADI CALON PEMEGANG POLIS / PEMEGANG POLIS *

(Diisi dengan huruf besar/kapital dan gunakan tinta hitam)

* Penambahan pada Ulang Tahun Polis

1. Nama Lengkap :	<input type="text"/>				
2. No.KTP/SIM/Paspor : <small>(Fotokopi harus dilampirkan)</small>	<input type="text"/>			Tanggal Kadaluarsa :	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
				<small>tanggal</small>	<small>bulan</small> / <small>tahun</small>
3. Tempat Lahir/Tanggal Lahir	<input type="text"/>			<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Umur : <input type="text"/> Tahun
				<small>tanggal</small>	<small>bulan</small> / <small>tahun</small>
4. Kewarganegaraan : <small>(WNA : - Lampirkan Fotokopi Paspor dan KIMS/KITAS/KITAP - Isi Foreigner's Questionnaire Form)</small>	<input type="checkbox"/> WNI	<input type="checkbox"/> WNA , jelaskan :	<input type="text"/>		
5. Jenis Kelamin :	<input type="checkbox"/> Pria	<input type="checkbox"/> Wanita			
6. Status Perkawinan :	<input type="checkbox"/> Menikah	<input type="checkbox"/> Janda / Duda			
7. Hubungan dengan Calon Tertanggung/Tertanggung :	<input type="checkbox"/> Suami - Istri	<input type="checkbox"/> Diri Sendiri			
8. Alamat Rumah (saat ini):	<input type="text"/>				
	<input type="text"/>				
	RT/RW :	Kelurahan :	Kota / Kabupaten :	Kode Pos :	Propinsi :
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Telepon Rumah : (<input type="text"/>) - <input type="text"/>	Hand Phone : <input type="text"/>	E-mail : <input type="text"/>		
	<small>Kode area</small>	<small>(Wajib diisi)</small>			
9. Alamat Kantor :	<input type="text"/>				
	<input type="text"/>				
	RT/RW :	Kelurahan :	Kota / Kabupaten :	Kode Pos :	Propinsi :
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Telepon Kantor : (<input type="text"/>) - <input type="text"/>	Faksimili : (<input type="text"/>) - <input type="text"/>	E-mail : <input type="text"/>		
	<small>Kode area</small>	<small>Kode area</small>			
10. Alamat Korespondensi :	<input type="checkbox"/> Alamat Rumah (saat ini)	<input type="checkbox"/> Alamat Kantor			



DATA PRIBADI CALON TERTANGGUNG TAMBAHAN <small>(Diisi dengan huruf besar / kapital dan gunakan tinta hitam)</small>	DATA SUAMI / ISTRI	DATA ANAK <small>(Umur 1 s/d 17 tahun)</small>	DATA ANAK <small>(Umur 1 s/d 17 tahun)</small>	DATA ANAK <small>(Umur 1 s/d 17 tahun)</small>
11. Nama Lengkap :				
12. No.KTP/SIM/Paspor * : <small>(Anak usia < 17 tahun diisi dengan No.Akta Lahir/Kartu Keluarga)</small> <small>* Fotokopi KTP/SIM/Paspor/Akte Lahir/KK harus dilampirkan</small>				
Tanggal Kadaluarsa :	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <small>tanggal bulan tahun</small>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <small>tanggal bulan tahun</small>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <small>tanggal bulan tahun</small>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <small>tanggal bulan tahun</small>
13. Tempat Lahir :				
Tanggal Lahir :	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <small>tanggal bulan tahun</small>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <small>tanggal bulan tahun</small>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <small>tanggal bulan tahun</small>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <small>tanggal bulan tahun</small>
Umur :	<input type="text"/> Tahun	<input type="text"/> Tahun	<input type="text"/> Tahun	<input type="text"/> Tahun
14. Jenis Kelamin :	<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita	<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita	<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita	<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita
15. a. Pekerjaan Utama : Nama Perusahaan/Instansi/Sekolah *)				
Bidang Usaha :				
Jabatan :				
Masa kerja/Kelas *) :	<input type="text"/> Tahun	Kelas : <input type="text"/> SD/SMP/SMA * : <input type="text"/> <small>*) Isi sesuai kondisi saat ini</small>	Kelas : <input type="text"/> SD/SMP/SMA * : <input type="text"/> <small>*) Isi sesuai kondisi saat ini</small>	Kelas : <input type="text"/> SD/SMP/SMA * : <input type="text"/> <small>*) Isi sesuai kondisi saat ini</small>
Uraian Pekerjaan :				
b. Pekerjaan Sampingan :				
c. Apakah Anda akan pindah kerja dalam waktu dekat ?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak			
Bila Ya, sebutkan jenis dan uraian pekerjaannya :				

*) Untuk Anak pada pertanyaan Sekolah/Kelas.



DATA PENGAJUAN ASURANSI CALON TERTANGGUNG TAMBAHAN	DATA SUAMI / ISTRI	DATA ANAK <i>(Umur 1 s/d 17 tahun)</i>	DATA ANAK <i>(Umur 1 s/d 17 tahun)</i>	DATA ANAK <i>(Umur 1 s/d 17 tahun)</i>
16. Besarnya Santunan Tunai Harian yang dipilih	Rp. <input type="text"/>	Rp. <input type="text"/>	Rp. <input type="text"/>	Rp. <input type="text"/>
17. a. Besarnya Premi Asuransi Tambahan (sesuai dengan Periode Pembayaran)	Rp. <input type="text"/>	Rp. <input type="text"/>	Rp. <input type="text"/>	Rp. <input type="text"/>
b. Masa Pembayaran Premi Asuransi Tambahan	<input type="text"/> Tahun	<input type="text"/> Tahun	<input type="text"/> Tahun	<input type="text"/> Tahun
c. Masa Asuransi Tambahan	<input type="text"/> Tahun	<input type="text"/> Tahun	<input type="text"/> Tahun	<input type="text"/> Tahun
DATA KESEHATAN CALON TERTANGGUNG TAMBAHAN	DATA SUAMI / ISTRI	DATA ANAK <i>(Umur 1 s/d 17 tahun)</i>	DATA ANAK <i>(Umur 1 s/d 17 tahun)</i>	DATA ANAK <i>(Umur 1 s/d 17 tahun)</i>
18. Apakah Anda pernah disarankan pada masa yang akan datang untuk mendapatkan perawatan di Rumah Sakit atau menjalani operasi tertentu ?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
19. Apakah Anda pernah didiagnosa untuk penyakit kanker, stroke, penyakit jantung atau serangan jantung, diabetes, gangguan ginjal, hepatitis kronis, gangguan kejiwaan atau HIV ?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
20.a. Dalam 5 (lima) tahun terakhir, apakah Anda pernah menjalani pemeriksaan seperti rontgen, USG, pemeriksaan darah, CT scan, biopsi, EKG, pemeriksaan air seni, atau pemeriksaan lain yang dilakukan di rumah sakit, klinik, atau tempat praktek dokter, selain pemeriksaan yang rutin dilakukan untuk persyaratan kerja ? Bila Ya, jelaskan tanggal/bulan/tahun pemeriksaan dan lampirkan fotokopi hasil pemeriksaannya.	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
b. Dalam 5 (lima) tahun terakhir, apakah Anda secara teratur mengkonsumsi obat-obatan yang diresepkan oleh dokter (selain dari batuk pilek atau flu) atau menerima pengobatan/konsultasi?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak

Bila ada jawaban Ya, untuk pertanyaan no.18-20 harap dijelaskan pada kolom pada halaman berikut ini.

DATA KESEHATAN CALON TERTANGGUNG TAMBAHAN

No.	Keterangan	Nama Penyakit	Menderita	Lama sakit	Nama Dokter	Rumah Sakit/Klinik/ Puskesmas *)	Alamat dan No.Telp.
1.	Suami/Istri		Bulan : <input type="text"/> <input type="text"/> Tahun : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> Hari/Bulan *)			
			Bulan : <input type="text"/> <input type="text"/> Tahun : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> Hari/Bulan *)			
			Bulan : <input type="text"/> <input type="text"/> Tahun : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> Hari/Bulan *)			
2.	Anak ke : <input type="text"/> <i>(wajib diisi)</i>		Bulan : <input type="text"/> <input type="text"/> Tahun : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> Hari/Bulan *)			
			Bulan : <input type="text"/> <input type="text"/> Tahun : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> Hari/Bulan *)			
			Bulan : <input type="text"/> <input type="text"/> Tahun : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> Hari/Bulan *)			
3.	Anak ke : <input type="text"/> <i>(wajib diisi)</i>		Bulan : <input type="text"/> <input type="text"/> Tahun : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> Hari/Bulan *)			
			Bulan : <input type="text"/> <input type="text"/> Tahun : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> Hari/Bulan *)			
			Bulan : <input type="text"/> <input type="text"/> Tahun : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> Hari/Bulan *)			
4.	Anak ke : <input type="text"/> <i>(wajib diisi)</i>		Bulan : <input type="text"/> <input type="text"/> Tahun : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> Hari/Bulan *)			
			Bulan : <input type="text"/> <input type="text"/> Tahun : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> Hari/Bulan *)			
			Bulan : <input type="text"/> <input type="text"/> Tahun : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> Hari/Bulan *)			

*) Coret yang tidak perlu.

DATA KESEHATAN CALON TERTANGGUNG TAMBAHAN	DATA SUAMI / ISTRI	DATA ANAK <i>(Umur 1 s/d 17 tahun)</i>	DATA ANAK <i>(Umur 1 s/d 17 tahun)</i>	DATA ANAK <i>(Umur 1 s/d 17 tahun)</i>
21. Apakah sebelumnya Anda telah memiliki Polis PT. AIA FINANCIAL ?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
22. Sebutkan Polis asuransi jiwa yang telah Anda miliki :				
a. Nama Perusahaan Asuransi :	a. _____	a. _____	a. _____	a. _____
b. Nama Produk :	b. _____	b. _____	b. _____	b. _____
c. Uang Pertanggungan :	c. _____	c. _____	c. _____	c. _____
d. Nomor Polis :	d. _____	d. _____	d. _____	d. _____
e. Tahun diterbitkan :	e. _____	e. _____	e. _____	e. _____

PERNYATAAN DAN KUASA

1. Saya/Kami menyetujui bahwa tidak ada keterangan atau informasi lain mengenai diri Saya/Kami yang dibuat atau diberikan oleh pihak lain akan menjadi bagian dari kontrak asuransi jiwa ini, kecuali apabila keterangan atau informasi tersebut diberikan secara tertulis, telah dikemukakan kepada dan disetujui oleh PT AIA FINANCIAL ("Penanggung").
2. Saya/Kami menyatakan bahwa Saya/Kami telah membaca, mengerti, menjawab serta mengisi dengan benar dan lengkap sesuai kondisi yang sebenarnya semua pertanyaan dan keterangan yang tercantum dalam Formulir Penambahan Calon Tertanggung Tambahan ini serta menyetujui segala syarat dan ketentuan yang tercantum dalam formulir ini.
3. Saya/Kami menyetujui bahwa jika atas pembayaran Premi dikeluarkan Tanda Terima, maka ketentuan dan persyaratan yang terdapat pada Tanda Terima tersebut dinyatakan berlaku hingga Polis diterbitkan dan diserahkan kepada Saya/Kami. Saya/Kami mengerti bahwa pada Polis juga diberlakukan adanya ketentuan untuk kondisi tertentu.
4. Saya/Kami dengan ini memberikan kuasa kepada setiap Tenaga Medis/Rumah Sakit/Klinik/Puskesmas dan/atau Laboratorium, perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi, badan, instansi/lembaga atau pihak lain yang mempunyai catatan riwayat kesehatan Saya/Kami, untuk mengungkapkan kepada Penanggung semua catatan riwayat kesehatan Saya/Kami. Kuasa ini merupakan hal yang tidak terpisahkan dari Formulir Permohonan Penambahan Asuransi Tambahan ini dan akan mengikat Saya/Kami, ahli waris dan keluarga Saya/Kami. Salinan/fotokopi dari kuasa ini sama sah dan berlakunya sesuai dokumen aslinya.
5. Saya/Kami menyetujui untuk membayar kepada Penanggung semua biaya administrasi dan pemeriksaan kesehatan (bila ada) yang timbul jika Saya/Kami membatalkan Surat Pengajuan Asuransi Jika yang diterima pada tingkat premi yang standar.
6. Saya/Kami telah mendapat informasi yang menyeluruh tentang Pengalihan Polis/*Policy Replacement* serta seluruh akibatnya yang nantinya dapat membatalkan pertanggungan ini.
7. Saya/Kami menyatakan bahwa Saya/Kami bukan pemegang paspor Amerika Serikat/Green Card Amerika Serikat atau perusahaan yang didirikan/berkedudukan di Amerika Serikat ("U.S. person") untuk kepentingan pajak penghasilan federal Amerika Serikat. Saya/Kami tidak bertindak untuk, atau atas nama seorang U.S. person. Saya/Kami telah memahami bahwa Penanggung meyakini bahwa pernyataan ini benar, akan bergantung pada, dan bertindak berdasarkan pernyataan tersebut. Dalam hal pernyataan tersebut salah, Penanggung berhak dan diberi hak untuk membatalkan/menolak pengajuan Permohonan Penambahan Asuransi Tambahan ini. (Jika pemohon adalah atau bertindak atas nama U.S. Person, maka wajib melengkapi formulir W-9; jika pemohon hanya memiliki U.S. Indicia saja, maka wajib melengkapi formulir W-8BEN).
8. Saya/Kami akan memberitahukan kepada Penanggung/Pengelola dalam kurun waktu 30 (tiga puluh) hari sejak perubahan status kewarganegaraan Saya/Kami menjadi U.S Person untuk kepentingan pajak penghasilan federal Amerika Serikat.
9. Penanggung/Pengelola tunduk pada dan diharuskan untuk, atau telah setuju untuk mematuhi hukum dan peraturan tertentu dan/atau persyaratan lain ("Kewajiban Pelaporan"). Dengan adanya Kewajiban Pelaporan tersebut, Saya/Kami dengan ini memberikan persetujuan dan wewenang kepada Penanggung/Pengelola untuk memberikan data dan informasi pribadi Saya/Kami kepada pejabat pemerintah, regulator atau lembaga pengatur, dan/atau pihak lain baik di dalam ataupun di luar negeri sehubungan dengan pelaksanaan Kewajiban Pelaporan tersebut. Saya/Kami memahami bahwa pengungkapan tersebut dapat dilakukan melalui pengalihan data pribadi secara lintas batas keluar dari yurisdiksi, dan pengungkapan tersebut dapat berkaitan dengan:
- (i) data pribadi Saya/Kami, Pemegang Polis, Tertanggung, Penerima Manfaat ("Para Pihak"), atau satu diantaranya;
 - (ii) setiap informasi yang berkaitan dengan Polis ini; dan
 - (iii) setiap informasi yang berkaitan dengan Polis-Polis lain yang dimiliki oleh Para Pihak atau satu diantaranya.
10. Saya/Kami memahami bahwa Penanggung/Pengelola tidak akan dapat melaksanakan transaksi dan menyediakan layanan kepada Saya/Kami apabila Saya/Kami menolak untuk memberikan persetujuan ini.
11. Saya/Kami dengan ini mengizinkan Penanggung untuk menggunakan atau memberikan informasi atau keterangan mengenai Saya/Kami yang tersedia, diperoleh atau disimpan oleh Penanggung (sesuai yang tercantum dalam Formulir Penambahan Calon Tertanggung Tambahan ini atau sarana lain), kepada pihak-pihak lain (termasuk tetapi tidak terbatas pada perusahaan reasuransi, asuransi, lembaga, bank atau badan hukum lain di dalam maupun di luar negeri) yang memiliki hubungan kerjasama dengan Penanggung dalam rangka pengajuan Formulir Penambahan Calon Tertanggung Tambahan ini, pembayaran klaim, pelayanan nasabah, maupun penawaran produk lain kepada Saya/Kami. Saya/Kami juga mengerti bahwa Saya/Kami berhak untuk melakukan koreksi atau penambahan atas informasi dan keterangan mengenai Saya/Kami tersebut dengan menghubungi kantor Penanggung.

Ditandatangani di , / /

Tanggal Bulan Tahun

Tanda tangan dan nama lengkap Pemegang Polis / Calon Pemegang Polis

Tanda tangan dan nama lengkap Suami/Istri *

Tanda tangan dan nama lengkap Petugas Pemasar

Penting!

Formulir Penambahan Calon Tertanggung Tambahan ini harus ditandatangani setelah diisi dengan benar, lengkap dan sesuai dengan keadaan sebenarnya.

Dilarang menandatangani Formulir Penambahan Calon Tertanggung Tambahan ini dalam keadaan kosong atau mengizinkan Petugas Pemasar untuk mengisi dan menandatangani Formulir Penambahan Calon Tertanggung Tambahan ini.

* Ditandatangani bila menyatakan Suami/Istri sebagai Tertanggung Tambahan.