

ASURANSI TANGGUNG GUGAT DIREKTUR DAN PEJABAT PROPOSAL FORM

Isilah lembar permohonan ini selengkap mungkin. Jika ada kotak pilihan () , harap beri tanda (). Jika kotak jawaban tidak mencukupi harap dilanjutkan di lembar terpisah. Penutupan belum berlaku sampai diberikannya persetujuan tertulis dari pihak asuransi.

Pengumpulan data dan informasi pribadi dalam formulir ini bertujuan untuk pemrosesan pertanggungan asuransi dan akan disimpan oleh PT AXA Insurance Indonesia (AXA Insurance) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku

DATA PEMEGANG POLIS

****Wajib diisi sesuai Peraturan Otoritas Jasa Keuangan Nomor 8 Tahun 2023 Tentang Penerapan Program Anti Pencucian Uang, Pencegahan Pendanaan Terorisme, dan Pencegahan Pendanaan Proliferasi Senjata Pemusnah Massal di Sektor Jasa Keuangan***

Nama Lengkap Pemegang Polis (Jika Pemegang Polis adalah Perusahaan, silakan diinformasikan nama perusahaannya)			
Nama Alias Pemegang Polis (Jika Ada)			
Tempat dan Tanggal Lahir Pemegang Polis	No. KTP/SIM/Passpor/KIMS : Izin Usaha/Nomor Lisensi :		
Jenis Kelamin Pemegang Polis	<input type="checkbox"/> Laki-laki	<input type="checkbox"/> Perempuan	
Alamat Lengkap Pemegang Polis (Jika Pemegang Polis adalah Perusahaan, silakan diinformasikan alamatnya)	Nama Jalan :	Kelurahan/Kecamatan:	
(Alamat Domisili Sekarang)	No. :	RT/RW :	Kota : Kode Pos :
wajib diisi	Telp. Rumah :	Telp. Kantor :	Ext : HP :
	Alamat Email* :	No. Fax :	
Sektor Bisnis Pemegang Polis			
Tempat dan Tanggal Pendirian Pemegang Polis			
NPWP Pemegang Polis *wajib diisi untuk Pemegang Polis dalam bentuk Perusahaan	(bila sudah mempunyai untuk Pemegang Polis Individu)		
Kewarganegaraan Pemegang Polis	<input type="checkbox"/> WNI	<input type="checkbox"/> WNA, sebutkan :	
Pekerjaan Pemegang Polis	<input type="checkbox"/> Ibu Rumah Tangga	<input type="checkbox"/> Pegawai Swasta	<input type="checkbox"/> Pelajar/Mahasiswa <input type="checkbox"/> PNS
	<input type="checkbox"/> TNI/Polri	<input type="checkbox"/> Wiraswasta	<input type="checkbox"/> Lainnya
Penghasilan Perbulan Pemegang Polis	<input type="checkbox"/> < Rp. 10 jt	<input type="checkbox"/> > Rp. 10 jt - Rp. 25 jt	<input type="checkbox"/> > Rp. 25 jt - Rp. 50 jt
	<input type="checkbox"/> > Rp. 50 jt - Rp. 100 jt	<input type="checkbox"/> > Rp. 100 jt - Rp. 200 jt	<input type="checkbox"/> > Rp. 200 jt
Sumber Penghasilan/Dana Pemegang Polis	<input type="checkbox"/> Gaji Bulanan	<input type="checkbox"/> Hasil Usaha	<input type="checkbox"/> Komisi <input type="checkbox"/> Lainnya

DATA TERTANGGUNG	
Nama Lengkap Tertanggung (Jika Tertanggung adalah Perusahaan, silakan diinformasikan nama perusahaannya)	
Nama Alias Tertanggung (Jika Ada)	
Tempat dan Tanggal Lahir Tertanggung	No. KTP/SIM/Passpor/KIMS : Izin Usaha/Nomor Lisensi :
Jenis Kelamin Tertanggung	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Alamat Lengkap Tertanggung (Jika Tertanggung adalah Perusahaan, silakan diinformasikan alamatnya) (Alamat Domisili Sekarang) *wajib diisi	Nama Jalan : Kelurahan/Kecamatan: No. : RT/RW : Kota : Kode Pos : Telp. Rumah : Telp. Kantor : Ext : HP* : Alamat Email* : No. Fax :
Sektor Bisnis Tertanggung	
Tempat dan Tanggal Pendirian Tertanggung	
NPWP Tertanggung *wajib diisi untuk Tertanggung dalam bentuk Perusahaan	(bila sudah mempunyai untuk Tertanggung Individu)
Kewarganegaraan Tertanggung	<input type="checkbox"/> WNI <input type="checkbox"/> WNA, sebutkan :
Pekerjaan Tertanggung	<input type="checkbox"/> Ibu Rumah Tangga <input type="checkbox"/> Pegawai Swasta <input type="checkbox"/> Pelajar/Mahasiswa <input type="checkbox"/> PNS <input type="checkbox"/> TNI/Polri <input type="checkbox"/> Wiraswasta <input type="checkbox"/> Lainnya
Penghasilan Perbulan Tertanggung	<input type="checkbox"/> < Rp. 10 jt <input type="checkbox"/> > Rp. 10 jt - Rp. 25 jt <input type="checkbox"/> > Rp. 25 jt - Rp. 50 jt <input type="checkbox"/> > Rp. 50 jt - Rp. 100 jt <input type="checkbox"/> > Rp. 100 jt - Rp. 200 jt <input type="checkbox"/> > Rp. 200 jt
Sumber Penghasilan/Dana Tertanggung	<input type="checkbox"/> Gaji Bulanan <input type="checkbox"/> Hasil Usaha <input type="checkbox"/> Komisi <input type="checkbox"/> Lainnya
Beneficial Owner (jika ada, silakan mengisi formulir Beneficial Owner)	<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak
Dokumen Perusahaan *harap sebutkan nomor	Copy Dilampirkan <input type="checkbox"/> NPWP* : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Anggaran Dasar* : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Izin Usaha* : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Keterangan Domisili* : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Laporan Keuangan : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Terakhir*
Periode Pertanggung	Dari Tanggal s/d (Kedua tanggal tersebut pada pukul 12.00 WIB (Waktu Indonesia Bagian Barat))
Nama yang ditunjuk Perusahaan*	
Kewarganegaraan*	<input type="checkbox"/> WNI <input type="checkbox"/> WNA, sebutkan negara asal :
Jabatan*	
Nomor Rekening untuk Pembayaran Klaim*	Nomor Rekening : Bank : Atas Nama :



Apa Tujuan Berasuransi?	<input type="checkbox"/> Perlindungan terhadap harta kekayaan <input type="checkbox"/> Persyaratan pinjaman <input type="checkbox"/> Lainnya
-------------------------	--

Apakah Perusahaan memiliki polis lain di PT AXA Insurance Indonesia? Ya Tidak
 Jika 'YA', mohon disebutkan (isi di kertas terpisah jika kolom tidak mencukupi)

	Nomor Polis	Jenis Pertanggungan
1		
2		
3		
4		
5		

KETERANGAN TAMBAHAN

1. Jangka waktu asuransi Dari : Sampai :

2. Dokumen yang Diperlukan
 Kirimkan dokumen berikut sehubungan dengan pengajuan:
 - a. Laporan tahunan terakhir termasuk laporan keuangan yang diaudit dengan semua catatan.
 - b. Laporan interim terakhir setelah laporan tahunan terakhir (dan pengajuan peraturan luar biasa dalam 12 bulan terakhir).
 - c. Setiap prospektus penawaran yang dikeluarkan oleh pihak pengaju (termasuk anak perusahaannya) jika diterbitkan dalam 3 tahun terakhir.
 - d. Setiap ganti rugi dan pembatasan ketentuan kewajiban untuk Tertanggung dalam sertifikat penggabungan, peraturan perundang-undangan atau Memorandum.
 - e. Fotokopi Polis asuransi tanggung gugat Direktur Pejabat Pihak Pengaju yang sedang berjalan (jika ada).
 - f. Daftar semua direktur pihak pengaju dan afiliasi profesional atau bisnis mereka terkait dengan posisi mereka saat ini, kecuali jika diinformasikan dalam laporan tahunan.

3. Kepemilikan Saham Pihak Pengaju/Anak Perusahaan/Perusahaan Afiliasi
 - a. Bursa dimana pihak Pengaju/Anak Perusahaan/Perusahaan asosiasi terdaftar/diperdagangkan
 - b. Jumlah saham biasa dari pihak pengaju (*authorised common shares*)
 - c. Jumlah saham biasa yang beredar (*outstanding common shares*)
 - d. Jumlah pemegang saham biasa
 - e. Pemegang saham yang memegang lebih dari 5% saham biasa dari para pemegang saham Perusahaan

4. Informasi Umum
 - a. Sejak laporan tahunan atau interim terakhir, apakah pihak pengaju menerbitkan pengumuman dividen atau keuntungan kepada pemegang efek perusahaan ?
 - b. Apakah ada perubahan dalam dewan direksi Pihak pengaju dalam tiga (3) tahun terakhir dengan alasan selain kematian atau pensiun?
 - c. Apakah pihak pengaju menggantikan auditor eksternal dalam tiga (3) tahun terakhir?
 - d. Apakah pihak pengaju atau setiap anak perusahaan dalam 36 bulan terakhir menyelesaikan atau menyetujui, atau merenungkannya dalam 12 bulan berikutnya, sebagai berikut:
 - (i) Merger dengan, akuisisi atau konsolidasi dengan entitas lain yang aset konsolidasinya melebihi 10% dari aset yang dikonsolidasikan Pihak pengaju.



- (ii) Penjualan, distribusi atau divestasi dari setiap aset atau ekuitas selain dalam kegiatan usaha normal dalam jumlah melebihi 25% dari aset konsolidasi Pengusaha?
- (iii) Setiap pendaftaran untuk penawaran umum atau penempatan pribadi dari sekuritas hutang atau ekuitas?

Tolong berikan rincian asuransi berikut. Jika jawabannya tidak ada, maka nyatakanlah

	Penanggung	Nilai Batas Pertanggungan	Retensi Sendiri	Premi	Periode Polis
Asuransi Direktur/Pejabat					

5. Informasi Praktik Ketenagakerjaan

Jumlah karyawan di seluruh dunia (termasuk purna waktu, paruh waktu dan santai):

Jumlah karyawan di lokasi berikut:

USA / Kanada:

Australia:

Berapa banyak direksi dan/atau karyawan yang meninggalkan pihak pengaju dan/atau anak perusahaannya dalam 12 bulan terakhir:

Apakah pihak pengaju atau anak perusahaannya mengantisipasi adanya pengurangan atau PHK dalam 12 bulan ke depan?

Jika 'YA', berapa banyak?

Apakah pihak pengaju dan anak perusahaannya menerbitkan manual sumber daya manusia tertulis, buku pegangan atau pedoman kerja karyawan? Ya Tidak

Jika 'YA', silahkan mencentang kotak yang relevan berikut jika manual / buku pegangan / pedoman berisi sebuah kebijakan berkenaan dengan, atau prosedur untuk menangani keluhan karyawan mengenai hal-hal berikut:

Prosedur Kebijakan YA / TIDAK

Aplikasi Ketenagakerjaan

Diskriminasi dalam bentuk apapun

Intimidasi dalam bentuk apapun

Pelecehan dalam bentuk apapun

Kepatuhan terhadap undang-undang Prosedur disipliner dan pemberhentian pegawai

Pengunduran diri

Pensiun dini

Kesehatan dan keselamatan kerja

Kesempatan yang Sama (*equal opportunity*)

Tolong centangkan kotak yang relevan berikut jika kebijakan / prosedurnya atas keputusan-keputusan mengenai hal-hal berikut ini melalui proses pertimbangan sebelumnya oleh departemen sumber daya manusia, atau departemen hukum atau pengacara eksternal.

Aplikasi ketenagakerjaan

Diskriminasi apapun

Intimidasi apapun

Pelecehan apapun

Prosedur disipliner / pemberhentian karyawan



Redundancies
 Pensiun dini
 Kesehatan dan keselamatan Kerja
 Cacat
 Kesempatan yang Sama (*equal opportunity*)

6. Aktifitas Sebelumnya
- a. Apakah ada orang atau entitas yang mengajukan asuransi ini menjadi pihak yang melakukan atau terlibat hal-hal berikut:
 - (i) Adanya tuntutan hukum antimonopoli, hak cipta, atau paten?
 - (ii) proses perdata, pidana atau administratif yang menuding atau menyelidiki pelanggaran terhadap undang-undang atau peraturan sekuritas
 - (iii) Setiap tindakan perwakilan, tindakan *class action* atau tuntutan derivatif?
 - b. Tidak ada klaim yang diajukan terhadap orang atau entitas yang mengajukan asuransi ini terkait dengan praktik ketenagakerjaan (termasuk penghentian, diskriminasi, intimidasi atau pelecehan yang dilakukan secara cuma-cuma)? (Termasuk pembayaran kerugian dan biaya pembelaan hukum)
7. Jika klaim telah atau pernah dibuat/diajukan, mohon dapat diberikan penjelasannya di tempat di bawah ini
 Harap lampirkan keterangan lengkap tentang semua pertanyaan, penyelidikan atau pendapat administratif lainnya, baik saat ini atau yang sudah berlalu, yang dilakukan oleh agensi atau tribunal yang mengatur tanggung jawab pengusaha terhadap karyawan mereka.

Setelah melakukan penyelidikan, kami dengan ini menyatakan, mengakui dan menjamin bahwa:

- (i) tidak ada klaim yang diajukan terhadap tertanggung perorangan, atau Perusahaan, yang dapat menyebabkan dampak pada asuransi yang diajukan;
- (ii) tidak satupun dari Tertanggung, Perusahaan atau Pihak Tertanggung sejauh sepengetahuan mereka mengetahui fakta, keadaan, situasi, masalah atau kejadian yang mungkin menimbulkan klaim berdasarkan asuransi yang diajukan; dan
- (iii) tidak ada perubahan material dalam pengajuan aplikasi, termasuk semua bahan dan informasi yang disampaikan

Tanpa mengurangi hak dan upaya lain PT. AXA Insurance Indonesia, setiap klaim yang timbul dari klaim, fakta, keadaan, atau situasi apa pun yang seharusnya diungkapkan sebagai tanggapan terhadap 6 (b) atau 6 (c) dikeluarkan atau dikecualikan dari perlindungan.

Jika ada pertanyaan 6 (b) dan 6 (c), di atas dijawab "salah", mohon berikan rincian lebih lanjut sebagai lampiran pada pengajuan ini

--

8. Premium Payment Warranty

Premi yang harus dibayar untuk penutupan polis ini baik untuk penutupan baru, endorsemen atau perpanjangan harus sudah diterima dalam jangka waktu enam puluh (60) hari dari sejak dimulainya penutupan. Jika premi tidak dibayar penuh maka penutupan tidak berlaku lagi terhitung sejak tanggal berakhirnya tenggang waktu ini dan perusahaan asuransi dibebaskan dari segala tanggung jawab sejak tanggal tersebut akan tetapi perusahaan asuransi tetap berhak untuk mendapat pro-rata premi selama resiko ditutup sesuai dengan standar minimum premi yang ditentukan oleh perusahaan. Jika penutupan asuransi dilakukan melalui perantara dan premi dibayarkan kepada perantara dalam tenggang waktu 60 hari tersebut maka premi tersebut dianggap telah dibayarkan kepada perusahaan asuransi sejauh perusahaan asuransi menerima pembayaran premi tersebut



dalam tenggang waktu yang diberikan kepada perantara tersebut. Perusahaan asuransi tidak diwajibkan memberitahu pembatalan penutupan polis kepada tertanggung dibawah kondisi ini.

LAIN-LAIN

Apakah Anda tertarik dan bersedia menerima informasi mengenai program promosi atau penawaran menarik lainnya dari PT. AXA Insurance Indonesia baik secara langsung maupun melalui mitranya

Ya Tidak

PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

1. Menyatakan bahwa keterangan tersebut di atas dibuat dengan sejujurnya dan sesuai dengan keadaan sebenarnya menurut pengetahuan saya atau yang seharusnya saya ketahui;
2. Menyadari bahwa keterangan tersebut akan digunakan sebagai dasar dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari polis yang akan diterbitkan, oleh karenanya ketidakbenarannya dapat mengakibatkan batalnya pertanggungan dan ditolaknya setiap klaim oleh Perusahaan Asuransi;
3. Mengerti bahwa pertanggungan yang diminta ini baru berlaku setelah mendapat persetujuan tertulis dari Perusahaan Asuransi.
4. Mengerti bahwa produk asuransi ini bukan merupakan produk Bank dan tidak dijamin oleh Lembaga Penjamin Simpanan (LPS)
5. Menyatakan bahwa telah menerima penjelasan, telah memahami dan mengerti dengan jelas karakteristik produk asuransi termasuk manfaat, risiko, dan biaya serta ketentuan yang tercantum dalam Polis.
6. Dilarang menandatangani Surat Permintaan Penutupan ini dalam keadaan kosong dan pastikan Jawaban telah sesuai dengan keadaan sebenarnya.

Dengan ini Saya/Kami menyetujui bahwa data dan informasi pribadi yang Saya/Kami berikan kepada PT AXA Insurance Indonesia ("AXA Insurance") dapat dikirimkan oleh PT AXA Insurance Indonesia kepada pihak lain yang bekerjasama dengan dan/atau ditunjuk oleh PT AXA Insurance Indonesia, Regulator dan Pihak yang Berwenang dan/atau Asosiasi sehubungan dengan keperluan operasional PT AXA Insurance Indonesia termasuk namun tidak terbatas pada keperluan pertanggungan asuransi Saya/Kami, proses penutupan asuransi, proses reasuransi dan klaim.

Pilih salah satu jawaban dengan tanda centang (✓)

Ya
 Tidak

Dengan ini Saya/Kami menyetujui untuk dilakukan pemasaran, penawaran produk dan aktivitas promosi lainnya melalui sarana komunikasi pribadi Saya/Kami termasuk namun tidak terbatas pada email, telepon, SMS dan media komunikasi online lainnya.

Pilih salah satu jawaban dengan tanda centang (✓)

Ya
 Tidak

Pernyataan PT AXA Insurance Indonesia

- a. PT AXA Insurance Indonesia berkomitmen untuk menjaga kerahasiaan dan melaksanakan pemrosesan data dan informasi pribadi secara sah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku, sampai dengan batas waktu yang telah ditentukan sesuai dengan kebijakan retensi PT AXA Insurance Indonesia kecuali penyimpanan lebih lanjut diperlukan untuk memenuhi periode retensi yang lebih lama untuk memenuhi



- persyaratan operasional, hukum, peraturan, pajak, atau akuntansi PT AXA Insurance Indonesia.
- b. PT AXA Insurance Indonesia akan menghancurkan atau menganonimkan data dan informasi pribadi Nasabah dari catatan dan sistem cadangan PT AXA Insurance Indonesia sesuai dengan kebijakan retensi PT AXA Insurance Indonesia kecuali penyimpanan lebih lanjut diperlukan untuk memenuhi periode retensi yang lebih lama untuk memenuhi persyaratan operasional, hukum, peraturan, pajak, atau akuntansi PT AXA Insurance Indonesia.
 - c. PT AXA Insurance Indonesia memberikan hak akses untuk mendapatkan salinan, melengkapi dan/atau memperbaharui kesalahan data dan informasi pribadi Nasabah berdasarkan permintaan tertulis dari Nasabah.
 1. PT AXA Insurance Indonesia memberikan hak kepada Nasabah untuk menarik kembali persetujuan mengenai pemrosesan data pribadi Nasabah, mengakhiri pemrosesan, menghapus, dan/atau memusnahkan data pribadi Nasabah, serta hak-hak lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku berdasarkan permintaan tertulis dari Nasabah.

Nama & Tandatangani Pemegang Polis

Tanggal