

# DOKUMENTASI TERLAMPIR

## 1. Form pengajuan cuti premi

Form 1

**Allianz** PT Asuransi Allianz Life Indonesia FORMULIR PERMOHONAN PERUBAHAN POLIS - NON FINANCIAL

Pada hari ini tanggal \_\_\_\_\_ tahun \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

Perubahan Polis:  Nomor Polis  Nama Pemegang Polis  Nama Tertanggung  Alamat Pemegang Polis  Alamat Tertanggung  Nama Pemegang Polis  Nama Tertanggung  Alamat Pemegang Polis  Alamat Tertanggung

Perubahan ini merupakan:  Perubahan Nama  Perubahan Alamat  Perubahan Nama Tertanggung  Perubahan Alamat Tertanggung  Perubahan Nama Pemegang Polis  Perubahan Nama Tertanggung  Perubahan Alamat Pemegang Polis  Perubahan Alamat Tertanggung

Form 2

**Allianz** PT Asuransi Allianz Life Indonesia

Perencanaan:  Rencana Hidup  Rencana Pendidikan  Rencana Kesehatan  Rencana Lainnya

Perencanaan ini merupakan:  Rencana Hidup  Rencana Pendidikan  Rencana Kesehatan  Rencana Lainnya

Form 3

**Allianz** PT Asuransi Allianz Life Indonesia

Perencanaan:  Rencana Hidup  Rencana Pendidikan  Rencana Kesehatan  Rencana Lainnya

Perencanaan ini merupakan:  Rencana Hidup  Rencana Pendidikan  Rencana Kesehatan  Rencana Lainnya

form 4

**Allianz** PT Asuransi Allianz Life Indonesia

Pernyataan dan Janji:  Pernyataan  Janji

Pernyataan dan Janji ini merupakan:  Pernyataan  Janji


Form 5

**Allianz** PT Asuransi Allianz Life Indonesia

Perencanaan:  Rencana Hidup  Rencana Pendidikan  Rencana Kesehatan  Rencana Lainnya

Perencanaan ini merupakan:  Rencana Hidup  Rencana Pendidikan  Rencana Kesehatan  Rencana Lainnya

No. ONC  
PSA Form#082022 Page 5 of 6



**PT Asuransi Allianz Life Indonesia** dibuat dan ditandatangani di  
 \_\_\_\_\_ tanggal pengisian (tanggal/bulan/tahun) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Tanda Tangan Pemegang Polis dan atau Perubahan Data Terimakasih

\_\_\_\_\_  
 (Nama Jelas)  
 Tanda Tangan Tertanggung  
 (hanya jika ada revisi data Tertanggung)

\_\_\_\_\_  
 (Nama Jelas)  
 Tanda Tangan Pemegang Polis  
 Lama (hanya jika ada Perubahan Pemegang Polis)

\_\_\_\_\_  
 (Nama Jelas)

Data Tenaga Pemasar Nama : _____ Pemasar : _____ Nomor : _____ Leader : _____ Telepon yang bisa dihubungi : _____ Kantor : _____ Handphone : _____ Tanda Tangan : _____ (Nama Jelas)		Diverifikasi oleh : <input type="checkbox"/> Agency <input type="checkbox"/> Allianz Center Nama : _____ Tanggal : _____ Telepon : _____ Tanda Tangan : _____ (Nama Jelas)	
---	--	--	--

Catatan dari oleh Kantor Pusat

1. _____	5. _____
2. _____	6. _____
3. _____	7. _____
4. _____	

2. Form klaim sakit kritis  
 Step 1

step 2

PT. Asuransi Allianz Life Indonesia

**FORMULIR PENGALUAN KLAIM PENYAKIT KRISTIS**  
**APPLICATION FORM FOR CRITICAL ILLNESS CLAIM**

No. Polis - Kode Cabang : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Policy Number - Branch Code

**ISILAH DENGAN HURUF CEKAK**  
**FILL IN WITH CAPITAL LETTERS**

Dengan ini saya mengajukan permohonan pengaluan. MASLAHAT. Nama penyakit kritis. apa. Tersebutlah.

I hereby request the benefit provided for critical illness claim.

1. Nama : \_\_\_\_\_  
 Name

2. Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_  
 Birth date

3. Identifikasi : \_\_\_\_\_  
 Identity

4. Jenis kelamin :  Laki-laki  Perempuan  
 Sex Male Female

5. Alamat : \_\_\_\_\_  
 Address

6. Status Pegawai :  tetap  pernah bekerja  bukan  
 Employee Status Full time Part time Non-employee

7. Jenis Kelamin : \_\_\_\_\_  
 Gender

Jawablah pertanyaan-pertanyaan ini dengan jujur dan lengkap, sehingga kami dapat memproses klaim dengan cepat. Terima kasih atas kerendahan hati dan keramahan Anda.

Please answer the questions truthfully and completely, by this means we are able to regulate the claim quickly, and do not answer the questions abbreviated with mark or other symbols.

Jawablah pertanyaan-pertanyaan ini dengan jujur dan lengkap, sehingga kami dapat memproses klaim dengan cepat. Terima kasih atas kerendahan hati dan keramahan Anda.

Please answer the questions truthfully and completely, by this means we are able to regulate the claim quickly, and do not answer the questions abbreviated with mark or other symbols.

1. Apa jenis penyakit yang diderita?  
 What was the type of disease? \_\_\_\_\_

2. Kapan sakit pertama kali Tersebutlah berkecukupan atau beres? dokter?  
 When did the disease first occur or to attend a doctor?  
 \_\_\_\_\_

3. Tanggal dinyatakan menderita penyakit kritis  
 On what date the critical illness commences  
 \_\_\_\_\_

4. Apakah Tertanggung pernah menderita penyakit kritis sebelumnya?  
 Are the insured has been critical illness diseases before?  Ya  Tidak  
 Yes No

b. Jika Ya, sebutkan penyakit apa?  
 If yes, mention date when?  
 \_\_\_\_\_

c. Dan jelaskan secara rinci perawatan dan pengobatan yang telah diberikan?  
 And please give details nature of treatment has been given  
 \_\_\_\_\_

Step 3

step 4

1. Tersebutlah nama dan alamat dokter atau rumah sakit dimana tempat Tersebutlah penyakit diderita.  
 Please give names and address of any other physician or hospital from which the insured has been treated.

Nama dokter/rumah sakit	Alamat	Tanggal berobat/diobati
_____	_____	_____

2. Tersebutlah nama dan alamat perusahaan asuransi lain sebagai berikut  
 The insured had the insurance policies at the following other insurance companies

No	Nama Perusahaan	Alamat	Jumlah Uang Pertanggungan	Program Asuransi / Model Asuransi
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____

3. Jika sudah ada informasi lainnya yang mungkin dapat membantu proses klaim ini.  
 Please give any other information which may be of assistance for the claim.

4. Untuk dapat mengajukan klaim ini Anda harus membaca dan menyetujui ketentuan-ketentuan yang tertera dalam polis asuransi jiwa ini. Untuk dapat mengajukan klaim ini, Anda harus menyetujui ketentuan-ketentuan yang tertera dalam polis asuransi jiwa ini. Untuk dapat mengajukan klaim ini, Anda harus menyetujui ketentuan-ketentuan yang tertera dalam polis asuransi jiwa ini.

To be able to process the claim, you agree, in accordance with the special conditions critical illness rider, stated in the policy, the following conditions.

1. Polis valid  
 Original policy

2. Dokumen Kematian Tersebutlah sebagai berikut  
 A copy of valid identity card of the insured

3. Foto copy Kartu Identitas Pemegang Polis yang masih berlaku  
 A copy of valid identity card of the policy holder

4. Surat Keterangan AMI AMI Dokter yang memaparkan status penyakit kritis  
 Original statement from the doctor who diagnosed for the first time

5. Salinan pembekuan asuransi jiwa  
 Last premium payment receipt

1. Nama Bank : \_\_\_\_\_  
 Bank

2. Cabang : \_\_\_\_\_  
 Branch

3. Nomor Rekening : \_\_\_\_\_  
 Account Number

4. Pemilik Rekening : \_\_\_\_\_  
 Account Holder

5. Nama & Tanda Tangan Ases, Penilai Kredit, dan Penasehat  
 Name & Signature of the Agent, Financial Consultant and who issued

3. Form informasi negara individu  
 Step 1

step 2

PT ASURANSI ALLIANZ LIFE INDONESIA

No. Polis

**Allianz**

**FORMULIR DATA PERTUKARAN INFORMASI ANTAR NEGARA -INDIVIDU**

Peneliti Masalah/Merkat wajib mengisi Formulir ini secara lengkap.

**DATA PERTUKARAN INFORMASI ANTAR NEGARA -INDIVIDU**

Peraturan Indonesia akan mengizinkan Anda mengajukan klaim FATCA jika Anda memiliki Akun Tax Compliance Act dan CRS Common Reporting Standard.

FATCA bertujuan untuk meningkatkan kepatuhan pajak dari penduduk atau orang yang berkaitan (indirect) dengan Amerika Serikat yang berdomisili, memiliki aset atau penghasilan di luar Amerika.

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

- Nama Lengkap (nama terdapat)
- Apakah Anda adalah warga negara/wajib pajak di luar negeri selain Indonesia yang merupakan Negara Mitra/Yurisdiksi Mitra?  Ya  Tidak
- Negara Tempat Lahir
- Kewarganegaraan
- Jenis Identitas
- No. Identitas
- Tanggal Berakhirnya Identitas
- Negara Penerbit Identitas
- Apakah alamat tempat tinggal berdasarkan identitas Anda sama dengan alamat komersial?  Ya  Tidak  
Jika "Tidak", mohon sebutkan alamat atau berdasarkan identitas. Jika "Ya" mohon lanjut ke pertanyaan No 10
- Alamat berdasarkan identitas
- Kode Negara
- IC Progress
- Kode Fis
- Negara
- NIWP
- 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	US EIC	Penghasilan apakah memiliki B

Penghasilan adalah adalah TIN/Nomor Wajib Pajak tidak terdapat

**Kelembagaan**

A. Negara Mitra/Yurisdiksi Mitra tidak mengakibatkan TIN kepada individu  
 B. Peneliti Masalah/Merkat memang tidak dapat memperoleh TIN atau informasi  
 C. Informasi tersebut merupakan informasi yang tidak dapat diakses  
 D. TIN tidak diberikan, namun dimiliki oleh negara/yurisdiksi yang bersangkutan tidak mengakibatkan informasi TIN  
 Jika formulir ini tidak merupakan dasar untuk menilai (only) untuk diri sendiri

Untuk keperluan FATCA, silah dengan member tanda 1 pada kolom jawaban yang sesuai

**RESTRIKSI**

17. Apakah negara tempat tinggal Anda adalah Amerika Serikat?  Ya  Tidak

18. Apakah Anda lahir di Negara Amerika Serikat/ Puerto Rico/ Kepulauan Samoa/ Wilayah Status Minor Outlying Islands/Kapulauan Virgin/Guam/Kapulauan Mariana Utara?

PT ASURANSI ALLIANZ LIFE INDONESIA

No. Polis

**Allianz**

Jika terdapat jawaban "Ya" pada salah satu dari pertanyaan 17, 18 di atas, mohon menjawab pertanyaan berikut:

PERTANYAAN	YA	TIDAK
19. Apakah Anda memiliki (m tinggal di Amerika Serikat (US green card)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Apakah Anda merupakan penduduk tetap terdapat di Amerika Serikat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Apakah Anda membayar pajak ke Amerika Serikat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jika terdapat jawaban "Ya" pada salah satu dari pertanyaan 19-21 di atas, mohon untuk mengisi formulir ini yang dibundarkan?

Tentukan (S) (N) (D) untuk warga Non Amerika Serikat namun terkait dengan Amerika Serikat, (N) (D) untuk warga Amerika Serikat

**SPESIFIKASI PENYEBAB KEMATIAN - PHASE 1**

Formulir ini merupakan satu kesatuan dan bagian yang tidak terpisahkan dari Formulir Klaim.

Dengan ini Saya / Kami menyatakan bahwa semua keterangan yang dibagikan di dalam formulir ini adalah benar dan tidak ada keterangan-kegiatan dan hasil dari yang Saya / Kami sembunyikan, serta Saya/Kami sendiri yang menandatangani formulir ini.

Saya mengerti bahwa untuk memperoleh lebih lanjut tentang bagaimana Allianz melindungi data pribadi dan hak-hak saya dengan mengklik tautan berikut: <http://www.allianz.co.id/data-protection/privacy>

Bersama ini pula, saya/kami menyetujui dan memberikan kuasa kepada Allianz untuk mengungkapkan dan menyampaikan informasi pribadi dan persangkaan saya/kami dalam hal menanggapi permintaan atau proses hukum atau permintaan dari pihak regulator atau berwenang dari negara mitra/pasokan mitra atau untuk melindungi terhadap penipuan atau penipuan yang berkaitan atau untuk tujuan manajemen risiko atau untuk memungkinkan Allianz melakukan upaya hukum yang berlaku atau membatasi kerusakan yang mungkin terjadi terhadap Allianz dan/atau mematuhi hukum dan proses hukum termasuk tapi tidak terbatas pada peraturan tentang FATCA, CRS, Tindakan Pelanggaran Pertukaran Informasi Antar Negara.

Saya/kami juga bersedia untuk memberikan informasi/kegiatan yang dibagikan secara anonim ke Database Tindakan Pelanggaran Pertukaran Informasi Antar Negara dan dengan menandatangani Allianz jika ada perubahan atas data yang dibagikan di dalam formulir ini.

Dibuat dan ditandatangani di Tanggal / / di Suhu

Tanda Tangan Peneliti Masalah/Merkat

(Nama Jelas)

4. Form surat penyebab kematian dari dokter

PT. Asuransi Allianz Life Indonesia

To: Medical Adviser  
PT. Asuransi Allianz Life Indonesia

**SURAT KETERANGAN DOKTER TENTANG PENYEBAB KEMATIAN**  
DEATH CAUSE STATEMENT BY A DOCTOR

**Siapa memersiapkan bentuk ini**  
Isi dengan nama diri

- Nama Pasien
- Tanggal Lahir
- Jenis Kelamin
- Alamat Pasien
- Pekerjaan
- Tanggal Meninggal
- Tempat Meninggal
- Alamat Rumah Sakit
- No. register pasien

**MENINGGAL DUNIA**  
DEATH

a. Penyebab kematian langsung  
Cause of death

b. Penyakit yang menyebabkan kematian langsung secara langsung  
The disease which caused the death (the main cause of death)

**SEBAB KEMATIAN**  
CAUSE OF DEATH

a.  Penyakit

b.  Trauma

c.  Penyakit Menular

d.  Penyakit Menular

**SEBAB KEMATIAN**  
CAUSE OF DEATH

a. Penyakit

b. Trauma

c. Penyakit Menular

d. Penyakit Menular

**KETERANGAN KHUSUS UNTUK**  
SPECIAL INFORMATION FOR

a. Penyebab kematian yang tidak alamiah  
Cause of Unnatural Death

b. Bagaimana kematian tersebut terjadi secara alamiah  
The way of happening of the unnatural death

Coret jika tidak perlu.  
Cross the unnecessary

Kota / City  
Tanggal / Date

Nama  
Name

5. Form keterangan kesehatan lebih luas  
Step 1 step 2

PT Asuransi Allianz Life Indonesia

**KETERANGAN KESEHATAN YANG LEBIH LUAS**  
EXTENDED MEDICAL REPORT

No. Polis

Nama Terjamin

Tanggal Lahir

Alamat

1. Pekerjaan Terjamin

2. Hari dan Tempat Kematian

3. Dokter yang menyatakan kematian Terjamin

4. Apakah (Anda/terjamin) anda benar sebagai seorang pasien?  
Is he/ she deceased known to you as a patient?

5. Jika ya, kapan anda menerima perawatan medis terakhir?  
If so, when did you treated him last?

3. Untuk bagian yang mana?  
For which complete?

3.1. Siapa yang mendedikasikan kepada anda? Nama dan alamat (Who has referred the patient to you? Please give the name and address)

4. Kapan anda pertama kali melakukan perawatan medis untuk penyakit yang menyebabkan kematian Terjamin?  
When was the first time you treated the death-causing disease?

5. Apa penyebab anda menerima perawatan medis langsung kematian tersebut?  
Which disease directly caused the death?

6. Penyakit apa yang menyebabkan penyakit yang lebih detail di atas (i.e., apa penyakit yang menyebabkan kematian)?  
Which disease caused the above-mentioned disease (S) that directly caused death?

7. Gejala muncul apa saja sebelum anda memperhatikan kematian tersebut? Jelaskan dengan keterangan secara rinci (What are the symptoms of the death-causing disease appear? Give it detail)

6. Form klaim meninggal dunia  
Step 1

## PERSYARATAN PENGAJUAN KLAIM MENINGGAL DUNIA

KLAIM MENINGGAL BUKAN KARENA KECELAKAAN	
KLAIM MENINGGAL KARENA KECELAKAAN	

Dokumen	Ada	Tidak	Keterangan
Polis Asli			
Fotocopy Identitas diri Tertanggung			
Fotocopy Identitas diri Ahli waris, jumlah .....orang			
Fotocopy Akte Lahir untuk Tertanggung / Ahli Waris dibawah umur			
Fotocopy Kartu Keluarga			
Fotocopy Surat Nikah / Surat Cerai			
Formulir pengajuan klaim meninggal dunia di isi dan di tandatangi oleh Ahli Waris			

## Step 2

Formulir Surat Keterangan Dokter tentang Penyebab Kematian			
Formulir Keterangan Kesehatan yang Lebih Luas			
Formulir Surat Kuasa Pemaparan Isi Rekam Medik di isi dan tanda tangan di atas meterai oleh Ahli Waris			
Formulir Pemberitahuan No. Rekening / Fotocopy Buku Rekening			
Formulir Surat Kuasa Ahli Waris apabila di kuasakan ke orang lain atau Ahli Waris lebih dari satu (tanda tangan di atas meterai)			
Surat Keterangan Meninggal dari Instansi Pemerintahan yang berwenang (Kutipan Akte Kematian) yang di legalisir			
Surat Keterangan Meninggal dari Rumah Sakit			
Surat Keterangan Meninggal dari Kelurahan yang di legalisir			
Jika meninggal di rumah tanpa perawatan Dokter, buat kronologis kematian dan di tandatangi oleh Ahli Waris			
Bila Meninggal karena kecelakaan, lampirkan Berita Acara Pemeriksaan (BAP) dari Kepolisian			

## Step 3

Bila Meninggal karena kecelakaan, lampirkan Berita Acara Pemeriksaan (BAP) dari Kepolisian			
Bila Meninggal karena kecelakaan, lampirkan Hasil autopsi atau visum oleh Dokter			
Copy hasil pemeriksaan yang telah dilakukan Tertanggung			
Bila usia polis kurang dari 2 tahun, maka lampirkan List Rumah Sakit / Dokter / Klinik / Instansi kesehatan lainnya yang pernah di kunjungi Tertanggung dengan alamat beserta no. telp			
Berkas lain yang menunjang			

PERSYARATAN PENGAJUAN KLAIM MENINGGAL DUNIA

Dokumentasi observasi BAP perhitungan ulang premi dan cuti premi



Dokumentasi saat wawancara observasi syarat dan ketentuan nasabah



*Foto Bersama Biusiness Partnerr Kpm Allianz Banjarmasin*



***Pedoman Wawancara***

Manajemen risiko asuransi jiwa KPM Allianz Banjarmasin pada masa  
pandemi covid 19

Peneliti: MISPAH

NIM: 190105030229

Jurusan: Asuransi Syariah

Data responden informan KPM Allianz Banjarmasin

Nama: kristinawati

Jabatan: bisnis partner/wakil pimpinan KPM Allianz Banjarmasin

Daftar pertanyaan wawancara yang bersifat umum:

1. Bagaimana latar belakang terbentuknya KPM
2. Bagaimana struktur organisasi KPM
3. Bagaimana prosedur menjadi nasabah dan prosedur klaim yang harus di ikuti nasabah?
4. Apakah perusahaan diawasi oleh OJK
5. Apakah perusahaan diawasi oleh dewan pengawas syariah?

Daftar pertanyaan yang bersifat khusus:

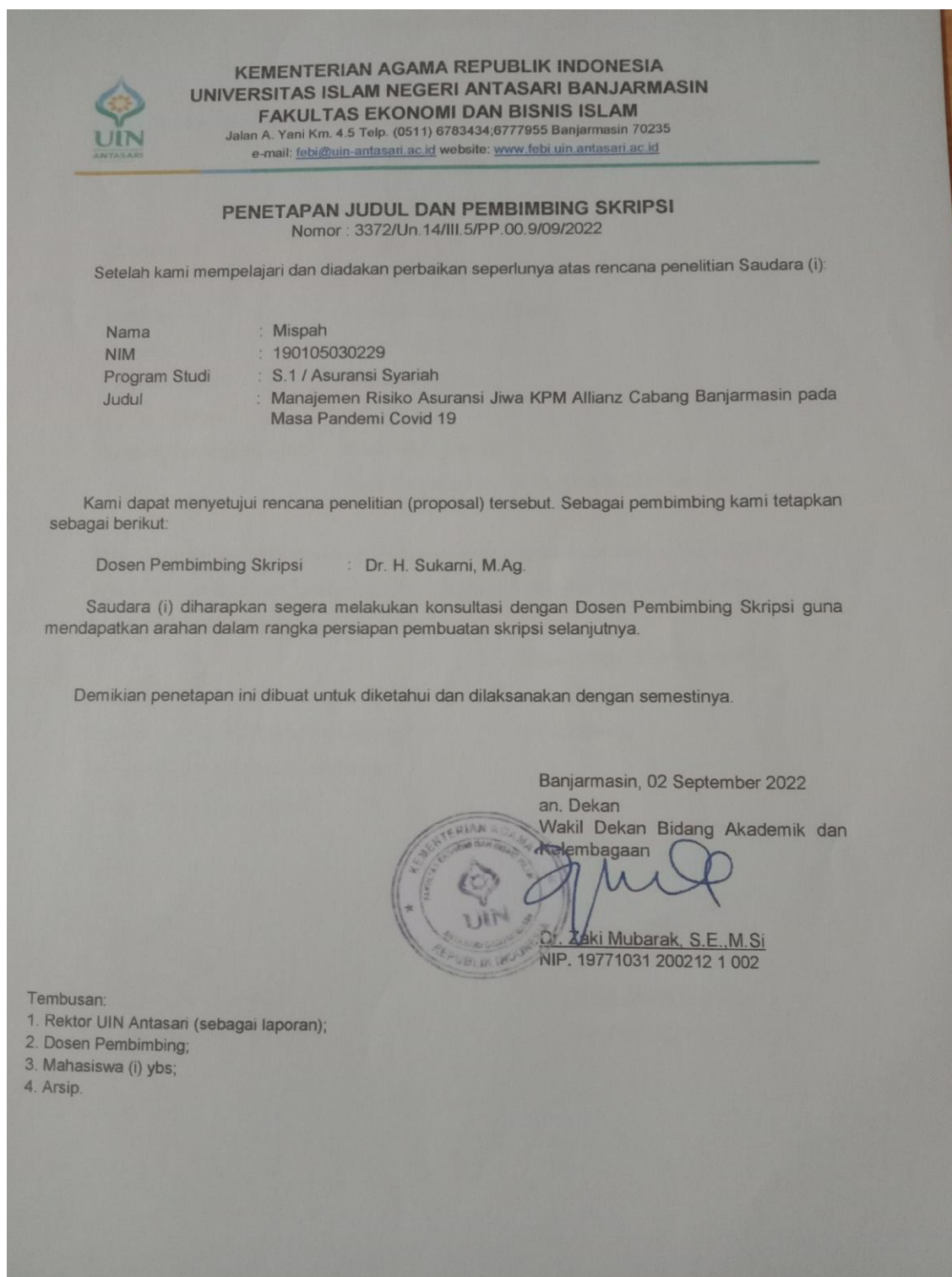
6. Bagaimana dampak pandemi pada KPM Allianz
7. Apakah KPM Allianz memiliki divisi khusus untuk mengelola manajemen risiko?
8. Risiko apa saja yang dihadapi semenjak pandemi terkhusus risiko pada asuransi jiwa KPM Allianz?
  - a. Bagaimana manajemen risiko KPM untuk menghindari risiko tsb?



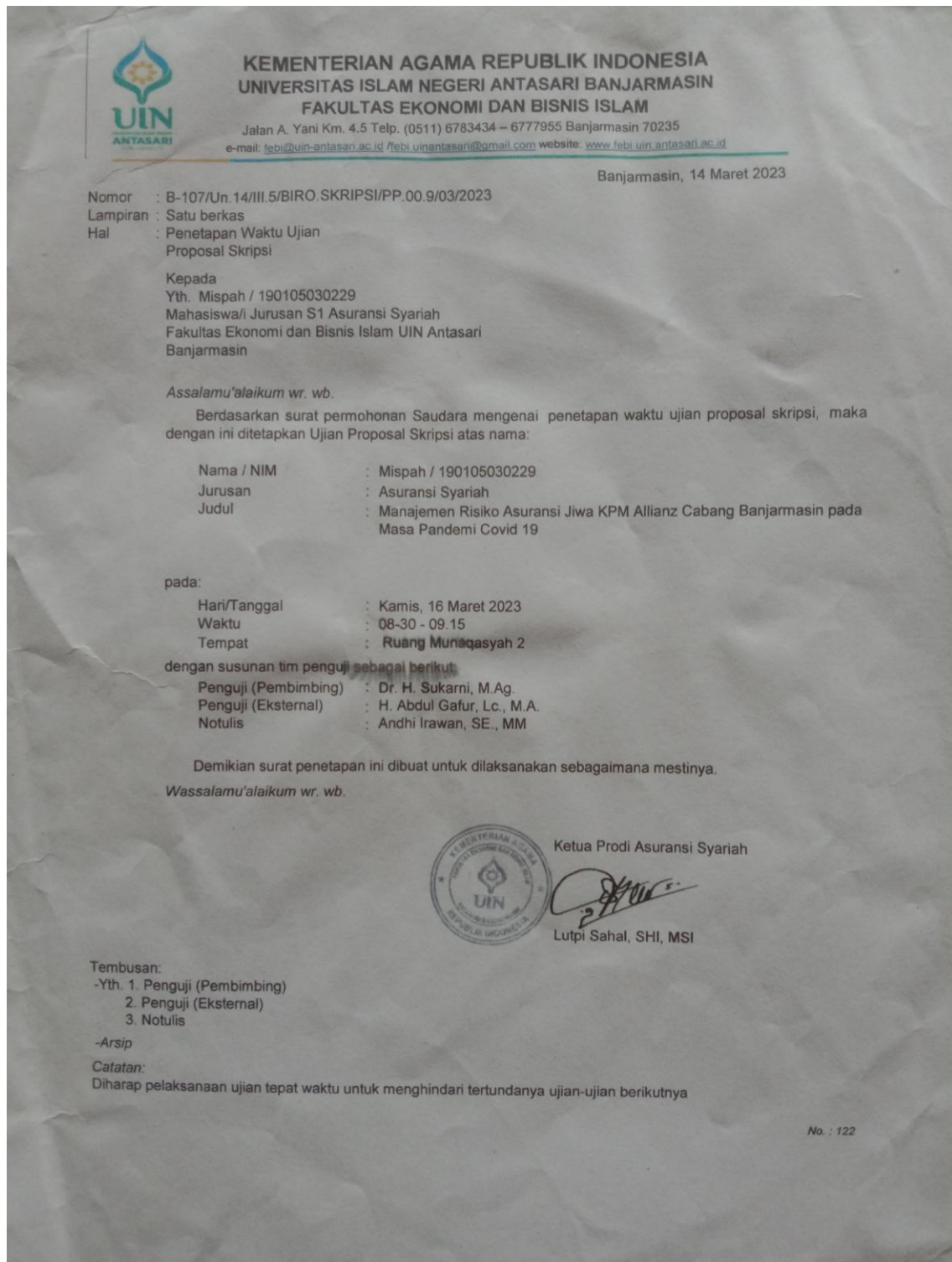
- b. Apakah perusahaan memiliki cadangan untuk mengantisipasi terjadinya risiko tsb?
  - c. apakah risiko dapat di perifikasi, maksudnya Apakah KPM memiliki income dari aset lain yang bisa di andalkan apabila terjadi kerugian
  - d. Apakah risiko di tanggung oleh perusahaan di atasnya
  - e. bagaimana pengendalian risiko yang di terapkan
  - f. Apakah perusahaan bekerjasama dengan reasuransi.
9. (adjustment) apakah di era new normal interaksi dengan nasabah ataupun koordinasi internal dilakukan secara daring?
10. (competent expert) apakah memiliki SDM seperti underwriter dan aktuaris yg yang memiliki keahlian khusus?
11. Apakah di era new normal proses manajemen risiko berubah
12. Apakah di era new normal proses kegiatan perusahaan berubah?
13. (insurtech) apakah KPM memiliki teknologi digital untuk mempermudah proses underwriting maupun klaim?
14. (omnichanel) apakah perusahaan memiliki sistem yang mengkolaborasikan berbagai jenis saluran di 1 platform?
15. Kebijakan apa saja yang di berikan untuk mengantisipasi risiko dimasa pandemi?
16. Apa saja produk produk syariah yang di sediakan KPM?
17. Apakah Produk asuransi yang berbasis syariah pada KPM Allianz Banjarmasin menggunakan akad? jika iya, akad apa yang digunakan?
18. Bagaimana sistem pengimplementasian akad tersebut?



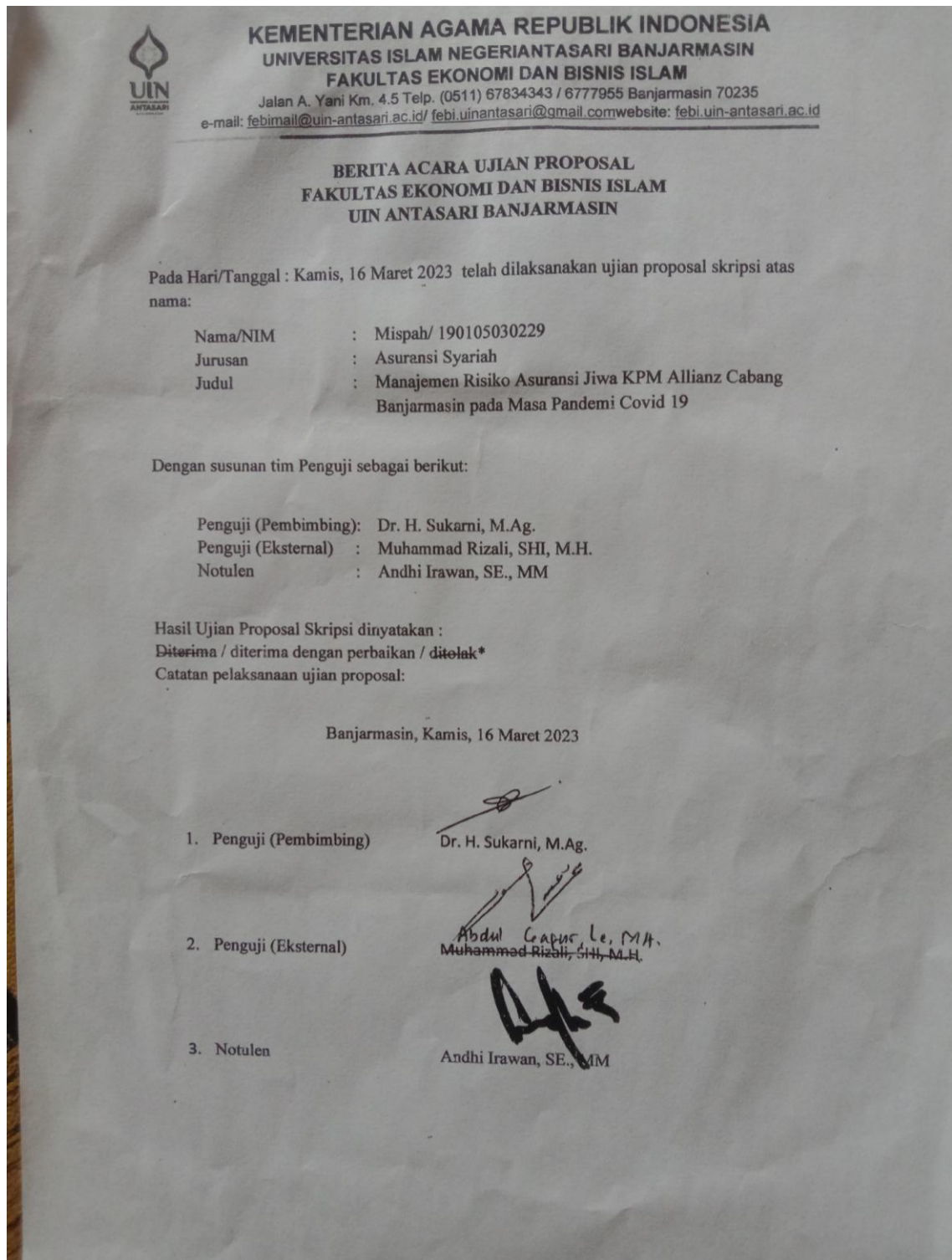
## 1. Foto surat penetapan judul



## 2. Foto surat penetapan waktu ujian proposal



3. Foto keterangan telah melaksanakan ujian proposal



4. Foto surat izin riset



5. Foto surat telah melaksanakan riset





6. Foto bukti/ catatan bimbingan skripsi

1) Bimbingan 1


KEMENTERIAN AGAMA REPUBLIK INDONESIA  
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI  
ANTASARI BANJARMASIN  
FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS ISLAM  
Jalan A. Yani No. 4 Banjarbaru 70225  
Telp: (0511) 8777862  
e-mail: [info@uaindonesia.ac.id](mailto:info@uaindonesia.ac.id) / [dekan@uaindonesia.ac.id](mailto:dekan@uaindonesia.ac.id) / [web@uaindonesia.ac.id](mailto:web@uaindonesia.ac.id)

**CATATAN KONSULTASI BIMBINGAN SKRIPSI**

Nama : Miqoh  
NIM : 190105030229  
Jurusan : Asuransi Syariah  
Judul Skripsi : Manajemen Risiko Asuransi Jiwa KPM Allianz Cabang Banjarmasin Ditinjau Pandemi Covid 19  
Pembimbing : Dr.H. Sakarni,M.Ag

**CATATAN PEMBIMBING**

15-8-2023.  
buat nota wawancara  
dengan Ujia perdikai.

Pembimbing,  
  
Dr.H. Sakarni,M.Ag

Catatan:  
a. Setiap Konsultasi lembar catatan ini harus dibawa untuk diisi oleh Pembimbing I / Pembimbing II.  
b. Konsultasi berikutnya harus membawa lembar serupa yang masih kosong (lembaran ini dapat dicopy).

## 2) Bimbingan 2


KEMENTERIAN AGAMA REPUBLIK INDONESIA  
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI  
ANTASARI BANJARMASIN  
FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS ISLAM  
Jalan A. Yani No. 4 Banjarbaru 70225  
Telp: (0511) 8777862  
e-mail: [info@uaindonesia.ac.id](mailto:info@uaindonesia.ac.id) / [dekan@uaindonesia.ac.id](mailto:dekan@uaindonesia.ac.id) / [web@uaindonesia.ac.id](mailto:web@uaindonesia.ac.id)

**CATATAN KONSULTASI BIMBINGAN SKRIPSI**

Nama : Miqoh  
NIM : 190105030229  
Jurusan : Asuransi Syariah  
Judul Skripsi : Manajemen Risiko Asuransi Jiwa KPM Allianz Cabang Banjarmasin Ditinjau Pandemi Covid 19  
Pembimbing : Dr.H. Sakarni,M.Ag

**CATATAN PEMBIMBING**

1-9-2023.  
diperbaiki bab I-III  
(yg sudah direvisi)

Pembimbing,  
  
Dr.H. Sakarni,M.Ag

Catatan:  
a. Setiap Konsultasi lembar catatan ini harus dibawa untuk diisi oleh Pembimbing I / Pembimbing II.  
b. Konsultasi berikutnya harus membawa lembar serupa yang masih kosong (lembaran ini dapat dicopy).

## 3) Bimbingan 3


KEMENTERIAN AGAMA REPUBLIK INDONESIA  
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI  
ANTASARI BANJARMASIN  
FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS ISLAM  
Jalan A. Yani Km. 4.5 Banjarmasin 70225  
Telp: (0511) 8777923  
e-mail: [lib@uin-antaseri.ac.id](mailto:lib@uin-antaseri.ac.id) / [lib@uin-antaseri.ac.id](mailto:lib@uin-antaseri.ac.id) / [lib.uin-antaseri.ac.id](http://lib.uin-antaseri.ac.id) / [www.lib.uin-antaseri.ac.id](http://www.lib.uin-antaseri.ac.id)

**CATATAN KONSULTASI BIMBINGAN SKRIPSI**

Nama : Mirpah  
NIM : 190105030229  
Jurusan : Asuransi Syariah  
Judul Skripsi : Manajemen Risiko Asuransi Jiwa KPM Allianz Cabang Banjarmasin Ditama Pandemi Covid 19  
Pembimbing : Dr.H. Sakarni,M.Ag

**CATATAN PEMBIMBING**

20-9-2023.  
Pengaruh Variabel Objek  
penelitian.

Pembimbing,  
  
Dr.H. Sakarni,M.Ag

Catatan:  
a. Setiap Konsultasi lembar catatan ini harus dibawa untuk diisi oleh Pembimbing I / Pembimbing II.  
b. Konsultasi berikutnya harus membawa lembar serupa yang masih kosong (lembaran ini dapat dicopy).

## 4) Bimbingan 4

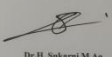
KEMENTERIAN AGAMA REPUBLIK INDONESIA  
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI  
ANTASARI BANJARMASIN  
FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS ISLAM  
Jalan A. Yani Km. 4.5 Banjarmasin 70225  
Telp: (0511) 8777923  
e-mail: [lib@uin-antaseri.ac.id](mailto:lib@uin-antaseri.ac.id) / [lib@uin-antaseri.ac.id](mailto:lib@uin-antaseri.ac.id) / [lib.uin-antaseri.ac.id](http://lib.uin-antaseri.ac.id) / [www.lib.uin-antaseri.ac.id](http://www.lib.uin-antaseri.ac.id)

**CATATAN KONSULTASI BIMBINGAN SKRIPSI**

Nama : Mirpah  
NIM : 190105030229  
Jurusan : Asuransi Syariah  
Judul Skripsi : Manajemen Risiko Asuransi Jiwa KPM Allianz Cabang Banjarmasin Ditama Pandemi Covid 19  
Pembimbing : Dr.H. Sakarni,M.Ag

**CATATAN PEMBIMBING**

20-9-2023  
Analisis memonitir konsep  
manajemen risiko terhadap  
mitigasi dan

Pembimbing,  
  
Dr.H. Sakarni,M.Ag

Catatan:  
a. Setiap Konsultasi lembar catatan ini harus dibawa untuk diisi oleh Pembimbing I / Pembimbing II.  
b. Konsultasi berikutnya harus membawa lembar serupa yang masih kosong (lembaran ini dapat dicopy).

## 5) Bimbingan 5




KEMENTERIAN AGAMA REPUBLIK INDONESIA  
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI  
ANTASARI BANJARMASSIN  
FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS ISLAM  
Jalan A. Yani No. 4, Banjarmasin 70121  
Telp: (0511) 8771803  
E-mail: [info@uin-sukarno.ac.id](mailto:info@uin-sukarno.ac.id) website: [www.feb.uin-sukarno.ac.id](http://www.feb.uin-sukarno.ac.id)

**CATATAN KONSULTASI BIMBINGAN SKRIPSI**

Nama : Misyah  
NIM : 19015030229  
Jurusan : Asuransi Syariah  
Judul Skripsi : Manajemen Risiko Asuransi Jiwa KPM Allianz Cabang Banjarmasin Dimasa Pandemi Covid 19  
Pembimbing : Dr.H. Sukarni,M.Ag

**CATATAN PEMBIMBING**

27-9-2023  
Narasumber diminta  
bawa rumus masalah

Pembimbing,  
  
Dr.H. Sukarni,M.Ag

Catatan:  
a. Setiap Konsultasi lembar catatan ini harus dibawa untuk diisi oleh Pembimbing I / Pembimbing II.  
b. Konsultasi berikutnya harus membawa lembar serupa yang masih kosong (lembaran ini dapat dicopy).

## 6) Bimbingan 6


KEMENTERIAN AGAMA REPUBLIK INDONESIA  
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI  
ANTASARI BANJARMASSIN  
FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS ISLAM  
Jalan A. Yani No. 4, Banjarmasin 70121  
Telp: (0511) 8771803  
E-mail: [info@uin-sukarno.ac.id](mailto:info@uin-sukarno.ac.id) website: [www.feb.uin-sukarno.ac.id](http://www.feb.uin-sukarno.ac.id)

**CATATAN KONSULTASI BIMBINGAN SKRIPSI**

Nama : Misyah  
NIM : 19015030229  
Jurusan : Asuransi Syariah  
Judul Skripsi : Manajemen Risiko Asuransi Jiwa KPM Allianz Cabang Banjarmasin Dimasa Pandemi Covid 19  
Pembimbing : Dr.H. Sukarni,M.Ag

**CATATAN PEMBIMBING**

2-10-2023  
Masalah dan layanannya

Pembimbing,  
  
Dr.H. Sukarni,M.Ag

Catatan:  
a. Setiap Konsultasi lembar catatan ini harus dibawa untuk diisi oleh Pembimbing I / Pembimbing II.  
b. Konsultasi berikutnya harus membawa lembar serupa yang masih kosong (lembaran ini dapat dicopy).

## 7. Foto surat keterangan bebas plagiasi



KEMENTERIAN AGAMA REPUBLIK INDONESIA

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI ANTASARI BANJARMASIN  
FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS ISLAM

Jalan A. Yani Km. 4.5 Telp. (0511) 6783434;6777955 Banjarmasin 70235  
e-mail: [febi@uin-antasari.ac.id](mailto:febi@uin-antasari.ac.id)/[febi.uinantasari@gmail.com](mailto:febi.uinantasari@gmail.com) website: [www.febi.uin.antasari.ac.id](http://www.febi.uin.antasari.ac.id)

**PENETAPAN BEBAS PLAGIASI**

Nomor : B- 67 /Un.14/III.5/AS.S1/PP.00.9/10/2023

Memperhatikan surat permohonan saudara (i) dan hasil Rapat Tim Pemeriksa Plagiasi Tugas Akhir/Skripsi Mahasiswa Fakultas Ekonomi dan Bisnis Islam UIN Antasari Banjarmasin, maka kami dapat memberikan Surat Keterangan Bebas Plagiasi skripsi atas nama saudara (i)

Nama : Mispah  
NIM : 190105030229  
Jurusan : S1 Asuransi Syariah  
Judul Skripsi : Manajemen Risiko Asuransi Jiwa KPM Allianz Cabang Banjarmasin Pada Masa Pandemi Covid 19 .

Dengan demikian, skripsi Saudara (i) dinyatakan:

**BEBAS PLAGIASI**  
Dengan Persentase Indikasi Plagiat: 17%

Demikian penetapan ini dibuat untuk diketahui dan dilaksanakan dengan semestinya.

Banjarmasin, 09 Okt 2023  
Ketua Jurusan AS



Lutpi Sahal