

SURAT PERMINTAAN ASURANSI JIWA INDIVIDU

ASURANSI AURORA

- Harap mengisi dengan menggunakan tinta warna hitam, huruf cetak dan kapital, tulisan tidak keluar dari kotak, jelas dan memberi tanda (v) pada kotak jawaban yang sesuai.
- Harap tidak menandatangani SPAJ ini dalam keadaan kosong dan pastikan semua pertanyaan telah diisi lengkap sebelum menandatangani.
- Jika terjadi kesalahan dalam pengisian formulir, tidak perlu dihapus tetapi dicoret dan ditandatangani pada bagian yang dikoreksi.

Setelah menerima penjelasan tentang produk Asuransi Jiwa yang ditawarkan beserta persyaratan yang ditentukan, saya dapat memahami dan mengerti segala risiko terkait dengan produk asuransi ini. Saya yang bertandatangan di bawah ini, calon Pemegang Polis dan atau Calon Tertanggung mengajukan Permintaan Asuransi Jiwa kepada BRI Life berdasarkan hal-hal di bawah ini sebagai berikut:

Diisi oleh Petugas Penjualan

| | | | |
|------------|----------------------|--------------------|----------------------|
| Nama | <input type="text"/> | Kanca / KCP / Unit | <input type="text"/> |
| Koden Agen | <input type="text"/> | Kode Unit Kerja | <input type="text"/> |
| Nomor AAJ | <input type="text"/> | Personal Number | <input type="text"/> |
| | | Handphone | <input type="text"/> |

I. DATA CALON PEMEGANG POLIS DAN TERTANGGUNG

| DATA PRIBADI | DATA CALON PEMEGANG POLIS | DATA CALON TERTANGGUNG |
|---|---|---|
| 1 Apakah Pemegang Polis merupakan calon tertanggung | <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Jika calon pemegang polis berbeda calon Tertanggung, Mohon untuk dapat diisi data calon tertanggung | Hubungan dengan Calon Pemegang Polis <input type="checkbox"/> Suami/Istri <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Saudara Kandung <input type="checkbox"/> Kakek/Nenek <input type="checkbox"/> Cucu <input type="checkbox"/> Lainnya, _____ |
| 2 Nama (Sesuai Kartu Identitas) | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3 Tempat Lahir | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Tanggal Lahir (Tgl-Bln-Thn) | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Negara Tempat Lahir | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4 Kewarganegaraan | <input type="checkbox"/> WNI <input type="checkbox"/> WNA, Sebutkan _____ | <input type="checkbox"/> WNI <input type="checkbox"/> WNA, Sebutkan _____ |
| 5 Jenis Identitas | <input type="checkbox"/> KTP <input type="checkbox"/> Paspor <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> KTP <input type="checkbox"/> Paspor <input type="checkbox"/> Akte Lahir <input type="checkbox"/> SIM |
| No. Identitas | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Masa Berlaku | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| No. KIMS/KITAS (Khusus WNA) | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Masa Berlaku | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 6 Jenis Kelamin | <input type="checkbox"/> Laki - laki <input type="checkbox"/> Perempuan | <input type="checkbox"/> Laki - laki <input type="checkbox"/> Perempuan |
| 7 Satus Perkawinan | <input type="checkbox"/> Kawin <input type="checkbox"/> Belum Kawin <input type="checkbox"/> Janda/Duda | <input type="checkbox"/> Kawin <input type="checkbox"/> Belum Kawin <input type="checkbox"/> Janda/Duda |
| 8 Agama | <input type="checkbox"/> Islam <input type="checkbox"/> Kristen <input type="checkbox"/> Katolik <input type="checkbox"/> Hindu <input type="checkbox"/> Budha <input type="checkbox"/> Lainnya | <input type="checkbox"/> Islam <input type="checkbox"/> Kristen <input type="checkbox"/> Katolik <input type="checkbox"/> Hindu <input type="checkbox"/> Budha <input type="checkbox"/> Lainnya |
| 9 Alamat Sesuai identitas | <input type="text"/> RT <input type="text"/> RW <input type="text"/> Kode Pos <input type="text"/> | <input type="text"/> RT <input type="text"/> RW <input type="text"/> Kode Pos <input type="text"/> |
| Kelurahan | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Kecamatan | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Kota | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Provinsi | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 10 Alamat Domisili <i>Diisi Jika berbeda dengan alamat identitas</i> | <input type="text"/> RT <input type="text"/> RW <input type="text"/> Kode Pos <input type="text"/> | <input type="text"/> RT <input type="text"/> RW <input type="text"/> Kode Pos <input type="text"/> |
| Kelurahan | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Kecamatan | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Kota | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Provinsi | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 11 Informasi Kontak | No. Telp Rumah <input type="text"/> No. Ponsel <input type="text"/> Email <input type="text"/> | No. Telp Rumah <input type="text"/> No. Ponsel <input type="text"/> Email <input type="text"/> |
| 12 Pendidikan Terakhir | <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> SLTP <input type="checkbox"/> SLTA <input type="checkbox"/> Diploma <input type="checkbox"/> S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> Lainnya, _____ | <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> SLTP <input type="checkbox"/> SLTA <input type="checkbox"/> Diploma <input type="checkbox"/> S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> Lainnya, _____ |

| DATA PRIBADI | DATA CALON PEMEGANG POLIS | DATA CALON TERTANGGUNG |
|---------------------------------|---|---|
| 13 Apakah anda bekerja ? | <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak |
| 14 Pekerjaan | <input type="checkbox"/> PNS <input type="checkbox"/> TNI/POLRI <input type="checkbox"/> Peg. BUMN/BUMD <input type="checkbox"/> Peg. Swasta <input type="checkbox"/> Lainnya, _____ | <input type="checkbox"/> PNS <input type="checkbox"/> TNI/POLRI <input type="checkbox"/> Peg. BUMN/BUMD <input type="checkbox"/> Peg. Swasta <input type="checkbox"/> Lainnya, _____ |
| Bidang Usaha | _____ | _____ |
| Jabatan | _____ | _____ |
| Nama Instansi Tempat Bekerja | _____ | _____ |
| Alamat Tempat Bekerja | _____ | _____ |
| | RT <input type="checkbox"/> RW <input type="checkbox"/> Kode Pos <input type="checkbox"/> | RT <input type="checkbox"/> RW <input type="checkbox"/> Kode Pos <input type="checkbox"/> |
| Kelurahan | _____ | _____ |
| Kecamatan | _____ | _____ |
| Kota | _____ | _____ |
| Provinsi | _____ | _____ |
| Nomor Telp. Kantor | _____ - _____ | _____ - _____ |
| 15 Nomor NPWP | _____ | _____ |
| 16 Alamat Korespondensi | <input type="checkbox"/> Sesuai Identitas <input type="checkbox"/> Tempat Kerja <input type="checkbox"/> Sesuai Domisili | |

II. DATA PEMBAYARAN PREMI

Sehubungan dengan pelaksanaan Peraturan Otoritas Jasa Keuangan Nomor 12/POJK.01/2017 tentang Penerapan Program Anti Pencucian Uang Dan Pencegahan Pendanaan Terorisme Di Sektor Jasa Keuangan, PT Asuransi BRI Life Menerapkan kewajiban bagi calon Pembayar Premi untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan di bawah ini:

Calon pembayar premi

Calon pembayar premi adalah calon pemegang polis Ya

SUMBER DANA PEMBAYARAN PREMI

1. Tujuan pengajuan asuransi (Pilihan dapat lebih dari satu):

Proteksi Jiwa Proteksi Kesehatan

2. Sumber Dana Pembayaran Premi (Pilihan dapat lebih dari satu):

Gaji Hasil Investasi Bisnis Pribadi Bonus/Insentif/Komisi

Penarikan/pembatalan Polis Asuransi Lain dalam waktu 6 Bulan sebelum / setelah pengajuan Polis Asuransi ini

Lainnya, sebutkan _____

3. Jumlah penghasilan kotor per tahun

< 75 Jt 75 Jt ≤ 250 Jt 250 Jt ≤ 500 Jt

500 Jt ≤ 1 Milyar 1 Milyar ≤ 2 Milyar > 2 Milyar, _____ * Cantumkan jumlah penghasilan

4. Cara Pembayaran Premi

Debit Rekening Otomatis

III. DATA PERTANGGUNGAN

1. Jumlah Uang Pertanggungan Rp _____ . _____ . _____ , 0 0

2. Pilihan Pengembalian Premi 50% 110%

3. Periode Bayar Premi Tahunan Semesteran Bulanan

4. Premi Sesuai Cara bayar Rp _____ . _____ . _____ , 0 0

VI. PERNYATAAN CALON PEMEGANG POLIS DAN CALON TERTANGGUNG

Dengan ini Saya/Kami menyatakan dan menyetujui bahwa :

- a. Saya setuju bahwa jika pada saat Saya mendaftarkan diri, Saya menderita penyakit yang telah didiagnosa, mendapatkan perawatan kesehatan, memperoleh resep obat-obatan dan yang sudah diketahui sebelum berlakunya Polis Asuransi Aurora, maka perlindungan menjadi tidak berlaku untuk penyakit tersebut dalam Pernyataan Kesehatan.
- b. informasi yang menyangkut Pernyataan Kesehatan saya sebagaimana tercantum dalam Formulir Aplikasi ini adalah benar dengan kondisi saya sebenarnya.
- c. Saya menyadari bahwa jika ada sesuatu yang saya ketahui tetapi tidak saya beritahukan di atas atau saya dengan sengaja maupun tidak sengaja menjawab atau memberikan keterangan dengan tidak benar, maka PT. Asuransi BRI Life berhak membatalkan pertanggungan atau menolak pembayaran manfaat asuransi.
- d. Telah menerima penjelasan dan mengerti terkait karakteristik, manfaat dan risiko dari produk Asuransi Aurora dan karenanya Saya membebaskan BRI Life, termasuk afiliasi, pemegang saham, direksi, komisaris, agen dan karyawan dari segala tuntutan, gangguan, ancaman dan dalam bentuk apapun yang mungkin timbul pada saat ini maupun di kemudian hari.
- e. Saya/Kami menyatakan bahwa pembayaran premi untuk Polis yang Saya/Kami ajukan berdasarkan Surat Permintaan Asuransi Jiwa ini tidak berasal dari dan/atau untuk tujuan pidana pencucian uang dan/atau tindak pidana lain yang dilarang berdasarkan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku di Indonesia. Apabila ada indikasi pelanggaran atas peraturan dan perundang-undangan yang berlaku di Indonesia, maka BRI Life akan melaksanakan kewajibannya sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- f. Transaksi keuangan ini tidak berasal dari dan/atau untuk tujuan pencucian uang dan/atau pendanaan terorisme sesuai UU No. 8 tahun 2010 dan UU No. 9 tahun 2013.
- g. Apabila diketahui adanya perubahan kondisi Saya/Kami sebelum polis terbit, maka Saya/Kami berkewajiban untuk memberitahukan secara tertulis kepada BRI Life. BRI Life berhak melakukan seleksi risiko ulang setiap saat dan BRI Life mempunyai hak untuk menolak permintaan asuransi ini berdasarkan hasil seleksi risiko tersebut.
- h. Saya/Kami telah mendapatkan informasi menyeluruh tentang Pengalihan Polis/Policy Replacement dan menyetujui seluruh akibat yang nantinya dapat membatalkan pertanggungan ini.
- i. Apabila premi pertama belum Saya/Kami lunasi kepada BRI Life maka pertanggungan belum berlaku.
- j. Telah menerima informasi bahwa tidak diperbolehkan menitipkan Pembayaran Premi pada petugas Penjualan dan PT Asuransi BRI Life tidak bertanggung jawab apabila terjadi penyalahgunaan Premi.
- k. Polis akan dikirimkan ke Alamat E-mail dan/atau Tautan SMS pada No HP terdaftar dalam bentuk dokumen elektronik (E-Polis) dan akan menerima dokumen Ringkasan Polis dalam bentuk non-elektronik (cetak)
- l. Bersedia mendapatkan informasi terkait Polis Asuransi dan layanan dalam format elektronik melalui media komunikasi digital dari BRI Life.
- m. Apabila sumber dana pembayaran premi berasal dari penebusan atau pembatalan polis lain yang berasal dari BRI Life atau perusahaan asuransi lain atas nama Saya/Kami, maka Saya/Kami telah mendapatkan informasi menyeluruh dan menyetujui segala risiko terkait penebusan atau pembatalan Polis tersebut serta seluruh akibatnya.

Pemegang Polis

Nama Jelas

Tempat : _____

Tanggal : _____

Tertanggung

Nama Jelas

Tempat : _____

Tanggal : _____

VII. PERNYATAAN TENAGA PEMASAR

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa :

- a. Untuk semua keterangan dan jawaban-jawaban dari Calon Pemegang Polis dan Calon Tertanggung yang dinyatakan dalam Surat Permintaan Asuransi Jiwa ini telah diberikan dengan lengkap dan benar, sesuai keadaan yang sebenar-benarnya dan saya telah jelaskan bilamana keterangan dan jawaban yang diberikan kemudian ditemukan tidak benar, akan berakibat ditolaknya permohonan asuransi jiwa ini. atau batalnya perjanjian asuransi jiwa tanpa adanya kewajiban apapun dari Penanggung dan untuk itu saya juga telah melihat dan meneliti data-data pada copy kartu identitas yang disampaikan.
- b. Saya tidak menerima pembayaran premi baik secara tunai maupun dengan cara lainnya dari pemegang polis
- c. Saya telah memberikan penjelasan kepada calon nasabah terkait Produk Asuransi Aurora dengan sebenar-benarnya tanpa mempunyai maksud untuk memanipulasi terkait pengajuan asuransi ini guna mendapatkan keuntungan yang tidak seharusnya ataupun merugikan Calon Pemegang Polis dan Calon Tertanggung.

KELENGKAPAN DOKUMEN

- Form SPAJ yang sudah diisi dengan lengkap dan ditandatangani oleh Pemegang Polis, Tertanggung serta Tenaga Penjualan
- Copy Kartu Identitas Calon Pemegang Polis dan Calon Tertanggung
- Surat Kuasa Pendebetan Rekening / Surat Kuasa Pendebetan Kartu Kredit

TENAGA PEMASARAN

Nama Jelas

Tempat : _____

Tanggal : _____

SUPERVISOR

Nama Jelas

Tempat : _____

Tanggal : _____