

SURAT PERMINTAAN ASURANSI JIWA ANUITAS

(HARAP DIISI DENGAN HURUF CETAK DAN DIBERI TANDA SILANG (X) PADA KOLOM YANG TERSEDIA SESUAI JAWABAN)

I. DATA CALON TERTANGGUNG SEKALIGUS SEBAGAI PEMEGANG POLIS

Jenis Kartu Identitas	<input type="checkbox"/> KTP/KITAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Passport Nomor : <input type="text"/>	
Tanggal Kadaluarsa (tg/bln/thn)	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Seumur Hidup
Nama Sesuai Kartu Identitas	<input type="text"/>	
Tempat / Tanggal Lahir	<input type="text"/>	/ <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Kewarganegaraan	<input type="checkbox"/> WNI <input type="checkbox"/> WNA Negara <input type="text"/>	
Jenis Kelamin	<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita	
Agama	<input type="checkbox"/> Islam <input type="checkbox"/> Katolik <input type="checkbox"/> Protestan <input type="checkbox"/> Hindu <input type="checkbox"/> Budha <input type="checkbox"/> Kong Hu Cu <input type="checkbox"/> Lainnya, _____	
Status Perkawinan	<input type="checkbox"/> Belum Kawin <input type="checkbox"/> Kawin <input type="checkbox"/> Duda/Janda	
Nama Gadis Ibu Kandung	<input type="text"/>	
Alamat Domisili (Wajib isi)	<input type="text"/>	
	Rt <input type="text"/>	Rw <input type="text"/> Kelurahan <input type="text"/>
	Kecamatan <input type="text"/>	Kota <input type="text"/>
	Propinsi <input type="text"/>	Kode Pos <input type="text"/>
	Negara <input type="text"/>	
Nomor Telepon (Wajib isi)	<input type="text"/> - <input type="text"/>	
Nomor Handphone (Wajib isi)	<input type="text"/>	
Email	<input type="text"/>	
Pendidikan Formal Terakhir	<input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> SLTP <input type="checkbox"/> SLTA <input type="checkbox"/> S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> S3 <input type="checkbox"/> Lainnya, _____	
Pekerjaan	<input type="text"/>	Jabatan <input type="text"/>
Nomor NPWP	<input type="text"/>	
Bidang Usaha	<input type="text"/>	
Nama Institusi Tempat Bekerja	<input type="text"/>	
Alamat Institusi	<input type="text"/>	
No Telepon Kantor	<input type="text"/>	

II. KETERANGAN PRIBADI DAN KESEHATAN (WAJIB DIISI)

		Tertanggung
		Ya Tidak
1. Apakah Anda dalam keadaan sehat?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Jika Tidak, jelaskan :	<input style="width: 500px; height: 30px;" type="text"/>	
2. Tinggi/Berat Badan :	Tertanggung <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg	
3. Apakah Anda pernah/sedang menderita penyakit/gangguan/kelainan pada mata, telinga, hidung dan tenggorokan, paru-paru, jantung dan pembuluh darah, sistem kemih dan kelamin, sistem saraf, tulang dan persendian, sistem kelenjar (kelenjar gondok, kelenjar prostat, kelenjar getah bening), sistem kekebalan dan infeksi HIV/AIDS, tumor, kista, kanker, benjolan, pertumbuhan sel abnormal lainnya, hati (termasuk hepatitis), kandung empedu, gangguan pencernaan (termasuk lambung dan gangguan buang air besar), ginjal, kencing manis hipertensi?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Jika Ya, Jelaskan dengan terperinci dan lengkap mengenai penyakit yang pernah diderita, kapan menderita sakit tersebut dan bagaimana penanganannya :	<input style="width: 700px; height: 30px;" type="text"/>	

Sehubungan dengan pelaksanaan Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor 30/PMK.010/2010 tentang Penerapan Prinsip Mengenal Nasabah bagi Lembaga

Keuangan Non Bank, PT.Asuransi BRI Life Menerapkan kewajiban bagi calon Pembayar Premi untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan dibawah ini :

Calon Pembayar Premi adalah Calon Pemegang Polis : Ya Tidak

Jika Calon Pembayar Premi berbeda dengan Calon Pemegang Polis, mohon mengisi Formulir Tambahan Data Calon Pembayar Premi

SUMBER DANA PEMBAYARAN PREMI

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

- Proteksi Tabungan Pendidikan Pensiun
 Lainnya

2. Sumber penghasilan per bulan dari Calon Pembayar Premi (Pilihan dapat lebih dari satu):

Gaji Pasangan (Suami/Istri) Hasil Investasi Bisnis Pribadi Bonus/Insentif/Komis
 Lainnya _____

3. Jumlah penghasilan kotor per Tahun

< 10 Jt 10 Jt - < 25 Jt 25 Jt - < 50 Jt 50 Jt - < 100 Jt
 100 Jt - < 250 Jt 250 Jt - ≤ 500 Jt > 500 Jt, Sebutkan Jumlah Penghasilan : _____

III. DATA PERTANGGUNGAN

TIPE ANUITAS I II III IV
 Masa Asuransi Tahun atau Seumur Hidup
 Uang Pertanggungan _____
 Premi _____

IV. DATA REKENING NASABAH

Nama Pemilik Rekening _____
 Nama Bank _____
 Nomor Rekening _____

V. DATA TERMASLAHAT

Nama	Nomor Induk Kependudukan	Jenis Kelamin L/P	Tempat, Tanggal Lahir	Status	Hubungan Dengan Calon Pemegang Polis	Persentase

VI. KETERANGAN TAMBAHAN SURAT PERMINTAAN ASURANSI JIWA (SPAJ)

1. Pemegang Polis dapat membayar Premi setelah Polis di Akseptasi oleh BRI Life untuk Penerbitan Polis
2. Pemegang Polis Tidak diperbolehkan menitipkan Pembayaran Premi pada petugas Penjualan dan BRI Life Tidak Bertanggung Jawab apabila terjadi penyalahgunaan Premi

VII. PERNYATAAN CALON TERTANGGUNG SEKALIGUS SEBAGAI PEMEGANG POLIS

Dengan ini Saya/Kami menyatakan dan menyetujui bahwa :

1. Telah membaca, mengerti dan menjawab seluruh pertanyaan pada Surat Permintaan Asuransi Jiwa peserta beserta lampirannya dengan sebenar-benarnya, jujur dan lengkap. Saya/Kami memahami bahwa jawaban dan keterangan-keterangan itu merupakan dasar dan tidak terpisahkan dari Polis. Bila ternyata bahwa jawaban-jawaban yang Saya/Kami berikan itu tidak benar, maka BRI LIFE berhak untuk membatalkan kontrak pertanggungan yang dibuat atas dasar permohonan asuransi ini.
2. Pertanggungan belum berlaku selama pertanggungan belum disetujui dan uang premi pertama belum Saya/Kami lunasi.
3. 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.
4. Saya menyatakan, bahwa untuk semua keterangan dan jawaban-jawaban dari Calon Pemegang Polis dan Calon Tertanggung yang dinyatakan dalam SPAJ ini telah diberikan dengan lengkap dan benar, sesuai dengan keadaan yang sebenar-benarnya. Apabila terdapat fakta yang bersifat material yang tidak dinyatakan dalam SPAJ ini maka Polis yang diterbitkan menjadi batal sejak awal/demi hukum tanpa adanya kewajiban apa pun dari Penanggung.

Dengan ini Saya/Kami memberi kuasa kepada BRI LIFE untuk meminta keterangan mengenai data Saya/Kami kepada pihak terkait seperti dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, perusahaan asuransi, badan hukum, perorangan atau organisasi lainnya yang mempunyai keterangan kebiasaan, pekerjaan dan catatan medis dari Saya/Kami. Sehubungan dengan hal ini, Saya/Kami memberikan persetujuan kepada pihak terkait untuk memberikan keterangan yang diperlukan BRI LIFE.

Dengan mengesampingkan pasal 1813 KUH Perdata maka pemberian kuasa ini tidak dapat dicabut/dibatalkan dan tetap berlaku meskipun Saya/Kami meninggal dunia.

Fotokopi dari pernyataan dan pemberian kuasa ini mempunyai kekuatan hukum yang sama kuat dan sah seperti aslinya.

Tenaga Penjualan
_____ (_____) Nama Jelas Tempat : _____ Tanggal : ____/____/____

Calon Tertanggung Sekaligus Pemegang Polis
_____ (_____) Nama Jelas Tempat : _____ Tanggal : ____/____/____

Kelengkapan Formulir dan Dokumen (√)
{ } Formulir SPAJ telah diisi lengkap dan ditandatangani oleh Tertanggung sekaligus sebagai Pemegang Polis dan Tenaga Penjualan
{ } Form FATCA/CRS
{ } Fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP), Kartu Keluarga (KK), dan Buku Tabungan
{ } Fotokopi Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP)

Keterangan:

- TANDA TANGAN HANYA SETELAH DILENGKAPI (tidak dalam SPAJ Kosong) DAN YAKIN JAWABAN TELAH SESUAI KONDISI SEBENARNYA