

## SURAT PERMINTAAN ASURANSI JIWA

## DASETERA

- 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 dengan lengkap dan benar 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 dibawah ini, calon Pemegang Polis dan atau Calon Tertanggung mengajukan Permintaan Asuransi Jiwa kepada BRILife berdasarkan hal-hal di bawah ini sebagai berikut:

### Diisi oleh Petugas Penjualan

Nama

Kode Agen

Nomor AAJI

### Direferensikan oleh

Kanca/KCP/Unit

Kode Unit Kerja

Nama Refferal

Personal Number

Handphone

### A. DATA CALON PEMEGANG POLIS

1 Nama Lengkap (sesuai kartu identitas)

2 Jenis Kartu Identitas  KTP  SIM  Paspor dilampiri KITAP/KITAS/KIMS bila WNA

3 Nomor Kartu Identitas

Tanggal Kadaluarsa (tgl/bln/thn)  -  -  atau  Seumur Hidup

4 Tempat & Tanggal Lahir (tgl/bln/thn)  -  -

5 Kewarganegaraan  WNI  WNA Negara

6 Jenis Kelamin  Pria  Wanita

7 Agama  Islam  Kristen  Katolik  Hindu  Budha  Kong Hu Cu  Lainnya, \_\_\_\_\_

8 Status Perkawinan  Kawin  Belum Kawin  Duda/Janda

9 Nama Gadis Ibu Kandung

10 Alamat Sesuai Kartu Identitas

RT  RW  Kel

Kec  Kota

Provinsi  Kode Pos

Negara

11 Alamat Domisili

*Diisi jika alamat berbeda dengan identitas*

RT  RW  Kel

Kec  Kota

Provinsi  Kode Pos

Negara

12 Informasi Kontak

Telp  -

HP  -

Email

13 Pendidikan Formal Terakhir  SD  SLTP  SLTA  S1  S2  S3  Lainnya, \_\_\_\_\_

14 Pekerjaan  Wiraswasta  Peg. Swasta  Peg. BUMN/BUMD  PNS  TNI/POLRI

Profesional (Dokter, Pengacara, Akuntan, dll)  Lainnya, \_\_\_\_\_

15 Bidang Usaha  Jabatan

16 Nama Institusi Tempat Kerja

17 Alamat Institusi

RT  RW  Kel

Kec  Kota

Provinsi  Kode Pos

Negara

18 Informasi Kontak Kantor  -

19 Alamat Surat Menyurat  Sesuai Identitas  Sesuai Domisili  Kantor/Tempat Bekerja

20 Alamat Pengiriman Polis  Sesuai Alamat Surat Menyurat  Melalui Tenaga Penjual BRILife

21 Nomor NPWP

22 Hubungan dengan Calon Tertanggung  Diri Sendiri  Orang Tua  Suami/Istri  Anak  Kakak/Adik  Lainnya, \_\_\_\_\_

## B. DATA CALON TERTANGGUNG

Tidak perlu diisi apabila Calon Tertanggung sama dengan Calon Pemegang Polis

1 Nama Lengkap (sesuai kartu identitas)	<input type="text"/>																												
2 Jenis Kartu Identitas	<input type="checkbox"/> KTP	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> Paspor dilampiri KITAP/KITAS/KIMS bila WNA																										
3 Nomor Kartu Identitas	<input type="text"/>																												
Tanggal Kadaluarsa (tgl/bln/thn)	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>																			atau	<input type="checkbox"/> Seumur Hidup			
4 Tempat & Tanggal Lahir (tgl/bln/thn)	<input type="text"/>																												
5 Kewarganegaraan	<input type="checkbox"/> WNI	<input type="checkbox"/> WNA	Negara <input type="text"/>																										
6 Jenis Kelamin	<input type="checkbox"/> Pria	<input type="checkbox"/> Wanita																											
7 Agama	<input type="checkbox"/> Islam	<input type="checkbox"/> Kristen	<input type="checkbox"/> Katolik	<input type="checkbox"/> Hindu	<input type="checkbox"/> Budha	<input type="checkbox"/> Kong Hu Cu	<input type="checkbox"/> Lainnya, <input type="text"/>																						
8 Status Perkawinan	<input type="checkbox"/> Kawin	<input type="checkbox"/> Belum Kawin	<input type="checkbox"/> Duda/Janda																										
9 Nama Gadis Ibu Kandung	<input type="text"/>																												
10 Alamat Sesuai Kartu Identitas	<input type="text"/>																												
	RT	<input type="text"/>	RW	<input type="text"/>	Kel	<input type="text"/>																							
	Kec	<input type="text"/>																			Kota	<input type="text"/>							
	Provinsi	<input type="text"/>																			Kode Pos	<input type="text"/>							
	Negara	<input type="text"/>																											
11 Alamat Domisili <i>Diisi jika alamat berbeda dengan identitas</i>	<input type="text"/>																												
	RT	<input type="text"/>	RW	<input type="text"/>	Kel	<input type="text"/>																							
	Kec	<input type="text"/>																			Kota	<input type="text"/>							
	Provinsi	<input type="text"/>																			Kode Pos	<input type="text"/>							
	Negara	<input type="text"/>																											
12 Informasi Kontak	Telp	<input type="text"/>																											
	HP	<input type="text"/>																											
	Email	<input type="text"/>																											
13 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, <input type="text"/>																						
14 Pekerjaan	<input type="checkbox"/> Wiraswasta	<input type="checkbox"/> Peg. Swasta	<input type="checkbox"/> Peg. BUMN/BUMD	<input type="checkbox"/> PNS	<input type="checkbox"/> TNI/POLRI																								
	<input type="checkbox"/> Profesional (Dokter, Pengacara, Akuntan, dll)																							<input type="checkbox"/> Lainnya, <input type="text"/>					
15 Bidang Usaha	<input type="text"/>																							Jabatan	<input type="text"/>				
16 Nama Institusi Tempat Kerja	<input type="text"/>																												
17 Alamat Institusi	<input type="text"/>																												
	RT	<input type="text"/>	RW	<input type="text"/>	Kel	<input type="text"/>																							
	Kec	<input type="text"/>																			Kota	<input type="text"/>							
	Provinsi	<input type="text"/>																			Kode Pos	<input type="text"/>							
	Negara	<input type="text"/>																											
18 Informasi Kontak Kantor	<input type="text"/>																												
19 Nomor NPWP	<input type="text"/>																												

## C. DATA PEMBAYARAN PREMI

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 hal-hal di bawah ini:

Calon Pembayar Premi adalah Calon Pemegang Polis	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak (Jika "Tidak", Isi Formulir Tambahan Data Calon Pembayar Premi)
<b>SUMBER DANA PEMBAYARAN PREMI</b>		
1 Tujuan pengajuan asuransi (Pilihan dapat lebih dari satu):	<input type="checkbox"/> Proteksi Jiwa <input type="checkbox"/> Proteksi Kesehatan	
2 Sumber dana untuk pembayaran premi (Pilihan dapat lebih dari satu):	<input type="checkbox"/> Gaji <input type="checkbox"/> Bisnis Pribadi <input type="checkbox"/> Hasil Investasi <input type="checkbox"/> Pasangan (Suami/Istri) <input type="checkbox"/> Bonus/Insentif/Komisi <input type="checkbox"/> Penarikan/pembatalan Polis Asuransi Lain dalam waktu 6 Bulan sebelum/setelah pengajuan Polis Asuransi ini <input type="checkbox"/> Lainnya, <input type="text"/>	
3 Jumlah penghasilan kotor per tahun:	<input type="checkbox"/> < 75 jt <input type="checkbox"/> 75 jt ≤ 250 jt <input type="checkbox"/> 250 jt ≤ 500 jt <input type="checkbox"/> 500 jt ≤ 1 milyar <input type="checkbox"/> 1 milyar ≤ 2 milyar <input type="checkbox"/> > 2 milyar , <input type="text"/>	
	<b>*cantumkan jumlah penghasilan</b>	

- 1 Cara Pembayaran Premi  Debit Rekening Otomatis  BRIVA  Kartu Kredit  Lainnya, \_\_\_\_\_
- 2 Periode Bayar Premi  Tahunan  Bulanan
- 3 Masa Bayar Premi Berkala 5 tahun

#### D. DATA PERTANGGUNGAN

1. Masa Asuransi 5 Tahun
2. Jenis Plan yang Dipilih:  Plan A  Plan B  Plan C  Plan D  Plan E  Plan F

#### E. DATA TERMASLAHAT

Termaslahat adalah Yang Ditunjuk untuk menerima manfaat pertanggungan apabila Tertanggung meninggal dunia (maksimal 5 orang)

No	Nama Lengkap (Sesuai Kartu Identitas)	Nomor Induk Kependudukan	Tanggal Lahir	Pria/Wanita	Hubungan dengan Tertanggung	Persentase (%)
1						
2						
3						
4						
5						
Total						100%

#### F. DATA KEPEMILIKAN ASURANSI

1. Apakah asuransi Anda pernah ditolak, ditunda, dikenakan ekstra premi, diubah/dihentikan oleh Perusahaan Asuransi?  Ya  Tidak

Jika Ya, jelaskan alasannya :

2. Apakah Anda sudah memiliki polis di perusahaan lain?  Ya  Tidak

Nama Perusahaan	Uang Pertanggungan

#### G. DATA KESEHATAN CALON TERTANGGUNG

1. Tinggi/Berat Badan Calon Tertanggung:    Cm    Kg

2. 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, cacat fisik, gangguan jiwa, penyakit bawaan, berkebutuhan khusus?

Jika "Ya", Jelaskan penyakit yang pernah diderita dan penanganannya:

3. Khusus Tertanggung Wanita:

Apakah saat ini Anda sedang hamil?

Jika "Ya", berapa minggu?

## H. PERNYATAAN CALON PEMEGANG POLIS DAN CALON TERTANGGUNG

Dengan ini Saya/Kami menyatakan dan menyetujui bahwa :

1. Telah membaca, mengerti dan menjawab seluruh pertanyaan pada Surat Permintaan Asuransi Jiwa beserta lampirannya dengan sebenar-benarnya, jujur dan lengkap. Saya/Kami memahami bahwa jawaban dan keterangan-keterangan itu merupakan dasar dan merupakan satu kesatuan bagian yang tidak terpisahkan dari Pembuatan Polis. Apabila ditemukan bahwa pernyataan atau jawaban yang Saya/Kami berikan tidak benar, maka BRI Life berhak untuk membatalkan kontrak pertanggungan/Polis sejak awal dan/atau melakukan tindakan lainnya sesuai dengan ketentuan dalam Polis.
2. BRI Life hanya menerima pembayaran premi asuransi melalui Virtual Account atau Pendebetan dan tidak menerima pembayaran premi asuransi secara tunai. Pertanggungan belum berlaku selama pengajuan permohonan asuransi belum disetujui dan uang premi pertama belum Saya/Kami lunasi.
3. Saya/ Kami menyetujui untuk membayar semua biaya-biaya yang timbul sehubungan dengan perlindungan asuransi Dasetera ini.
4. Saya/Kami dengan ini mengizinkan BRI Life untuk menggunakan atau memberikan informasi atau keterangan mengenai Saya/Kami yang tersedia, diperoleh atau disimpan oleh BRI Life sesuai yang tercantum dalam SPAJ ini atau sarana lain, kepada pihak-pihak lain (termasuk tetapi tidak terbatas pada perusahaan reasuransi, asuransi, lembaga, bank atau badan hukum lain baik di dalam maupun luar negeri) yang memiliki hubungan kerjasama dengan BRI Life dalam rangka pengajuan SPAJ ini, pembayaran klaim, pelayanan nasabah, maupun penawaran produk lain kepada Saya/Kami.
5. 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.
6. Setuju Polis dikirim dalam bentuk Elektronik Polis (E-Polis)

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. Saya/Kami memberikan izin kepada ahli waris untuk dikemudian hari menyetujui pemberian kuasa kepada pihak asuransi untuk meminta keterangan kepada pihak terkait yang berkepentingan bilamana Pemegang Polis atau Tertanggung meninggal dunia.

**Saya/Kami menandatangani setelah dilengkapi (tidak dalam keadaan Surat Permintaan Asuransi Jiwa kosong) dan yakin jawaban telah sesuai dengan sebenarnya, juga telah membaca dengan seksama segala isi dan ketentuan yang tertuang dalam SPAJ dan lampirannya.**

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

Tertanggung	
( _____ ) Nama Jelas	
Tempat :	
Tanggal :	____/____/____

## I. PERNYATAAN TENAGA PENJUALAN:

1. Saya menyatakan bahwa semua keterangan yang terdapat di dalam Surat Permintaan Asuransi Jiwa ini adalah keterangan yang diberikan oleh Pemohon/Calon Pemegang Polis dan/atau Calon Tertanggung, dan saya tidak menyembunyikan informasi apapun kepada Pemohon/Calon Pemegang Polis. Saya juga menyatakan bahwa saya tidak memberikan keterangan yang bertentangan dengan syarat/ketentuan Surat Permintaan Asuransi Jiwa ini. Saya menyatakan bahwa berdasarkan konfirmasi dari Pemohon/Calon Pemegang Polis, tidak terdapat kepentingan pihak ketiga dan Pemohon/Calon Pemegang Polis bertindak untuk dan atas nama dirinya sendiri dalam penutupan Polis ini.
2. Saya telah menjelaskan produk asuransi dan manfaatnya dengan benar kepada Calon Pemegang Polis/Calon Tertanggung.
3. Saya telah melakukan verifikasi atas seluruh salinan dokumen yang diberikan oleh Pemohon/Calon Pemegang Polis kepada saya dan menyatakan bahwa salinan tersebut adalah sesuai asli dan masih berlaku.
4. Saya menyatakan bahwa pengajuan Surat Permohonan Asuransi Jiwa ini bukan atas penebusan atau pembatalan Polis Nasabah yang telah dimiliki sebelumnya, baik yang terdata pada BRI Life maupun pada perusahaan asuransi lainnya.

Dengan ditandatanganinya Surat Permintaan Asuransi Jiwa, Saya menyatakan bahwa telah melakukan verifikasi dan identifikasi terhadap Calon Pemegang Polis sesuai dengan ketentuan dan peraturan yang berlaku mengenai Prinsip Mengenal Nasabah.

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

Supervisor	
( _____ ) Nama Jelas	
Tempat :	
Tanggal :	____/____/____

Kelengkapan Formulir dan Dokumen (v)	
<input type="checkbox"/>	Formulir SPAJ telah diisi lengkap dan ditandatangani oleh Pemegang Polis, Tertanggung serta ditandatangani oleh Tenaga Penjualan.
<input type="checkbox"/>	Fotokopi kartu identitas Calon Pemegang Polis dan Calon Tertanggung.
<input type="checkbox"/>	Ilustrasi yang telah ditandatangani oleh Pemohon / Calon Pemegang Polis
<input type="checkbox"/>	Surat Kuasa Pendebetan Rekening (SKPR) / Surat Kuasa Pendebetan Kartu Kredit (SKPKK).
<input type="checkbox"/>	Fotokopi Kartu Keluarga (jika Tertanggung anak di bawah 17 tahun)

## CATATAN PENTING UNTUK DIPERHATIKAN/DISCLAIMER

DASETERA adalah produk asuransi yang diterbitkan oleh PT. Asuransi BRI Life. Produk ini bukan merupakan produk dari PT. Bank Rakyat Indonesia (Persero), Tbk., tidak mengandung kewajiban apapun dan tidak dijamin oleh PT. Bank Rakyat Indonesia (Persero), Tbk., serta tidak termasuk dalam program penjaminan pemerintah Republik Indonesia. PT. Bank Rakyat Indonesia (Persero), Tbk. tidak bertanggung jawab atas polis asuransi yang diterbitkan oleh PT. Asuransi BRI Life sehubungan dengan produk DASETERA tersebut. Penggunaan logo PT. Bank Rakyat Indonesia (Persero), Tbk. adalah atas dasar persetujuan PT. Bank Rakyat Indonesia (Persero), Tbk. sebagai wujud kerjasama antara PT. Bank Rakyat Indonesia (Persero), Tbk. dengan PT. Asuransi BRI Life dalam penawaran produk DASETERA. PT. Bank Rakyat Indonesia (Persero), Tbk. bukan agen PT. Asuransi BRI Life maupun broker dari nasabah PT. Bank Rakyat Indonesia (Persero), Tbk.