

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/lhr) - -

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"/>	atau	<input type="checkbox"/> Seumur Hidup																	
4 Tempat & Tanggal Lahir (tgl/bln/lhr)	<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"/>	<input type="text"/>																
	Kec <input type="text"/>	<input type="text"/>																		Kota <input type="text"/>
	Provinsi <input type="text"/>	<input type="text"/>																		Kode Pos <input type="text"/>
	Negara <input type="text"/>	<input type="text"/>																		
11 Alamat Domisili	<input type="text"/>																			
<i>Diisi jika alamat berbeda dengan identitas</i>	<input type="text"/>																			
	RT <input type="text"/>	RW <input type="text"/>	Kel <input type="text"/>	<input type="text"/>																
	Kec <input type="text"/>	<input type="text"/>																		Kota <input type="text"/>
	Provinsi <input type="text"/>	<input type="text"/>																		Kode Pos <input type="text"/>
	Negara <input type="text"/>	<input type="text"/>																		
12 Informasi Kontak	Telp <input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>																
	HP <input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>																
	Email <input type="text"/>	<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="text"/>														
	<input type="checkbox"/> Profesional (Dokter, Pengacara, Akuntan, dll)	<input type="text"/>																		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"/>	<input type="text"/>																
	Kec <input type="text"/>	<input type="text"/>																		Kota <input type="text"/>
	Provinsi <input type="text"/>	<input type="text"/>																		Kode Pos <input type="text"/>
	Negara <input type="text"/>	<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 Mengenai 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)
SUMBER DANA PEMBAYARAN PREMI		
1 Tujuan pengajuan asuransi (Pilihan dapat lebih dari satu):	<input type="checkbox"/> Proteksi <input type="checkbox"/> Tabungan <input type="checkbox"/> Pendidikan <input type="checkbox"/> Pensiun <input type="checkbox"/> Lainnya, <input type="text"/>	
2 Sumber penghasilan per bulan dari Calon Pembayar 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"/> 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"/> *cantumkan jumlah penghasilan	

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? Ya Tidak

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

3. Khusus Tertanggung Wanita:

Apakah saat ini Anda sedang hamil?

Jika "Ya", berapa minggu?

Ya Tidak

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 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/Kami menyatakan bahwa 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 dengan keadaan yang sebenar-benarnya. Apabila terdapat fakta yang bersifat material yang tidak dinyatakan dalam Surat Permintaan Asuransi Jiwa 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 pemberi 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.

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

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

Keterangan:

- TANDA TANGAN HANYA SETELAH DILENGKAPI (tidak dalam keadaan SPAJ Kosong) DAN YAKIN JAWABAN TELAH SESUAI DENGAN SEBENARNYA.
- BRI Life hanya menerima pembayaran premi asuransi melalui Virtual Account atau Pendebetan dan tidak menerima pembayaran premi asuransi secara tunai.

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 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.

Dengan ditandatangani 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 Pendebetn Rekening (SKPR) / Surat Kuasa Pendebetn 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.