

SURAT PERMINTAAN ASURANSI JIWA INDIVIDU

(HARAP DISI DENGAN HURUF CETAK DAN DIBERI TANDA BILANG (X) PADA KOLOM YANG TERDEDA SESUAI JAWABAN)

KODE PENJUAL :

Setelah menerima penjelasan tentang Program Asuransi Jiwa yang ditawarkan, beserta seluruh syarat-syarat asuransinya dan saya telah dapat mengerti, dengan ini saya yang bertanda tangan di bawah ini sebagai **Pemohon Asuransi Jiwa** atas perlanggungan yang saya ajukan dan sekaligus bertindak sebagai :

Pembayar Premi **Calon Pemegang Polis** **Calon Pemegang Polis Tertanggung** **Calon Tertanggung**

Mengajukan Permintaan Asuransi Jiwa atas diri saya atau seseorang yang tersebut sebagai Calon Tertanggung kepada PT. Asuransi BRI Life yang bertindak sebagai Penanggung, berdasarkan data-data yang saya cantumkan dalam Surat Permintaan Asuransi Jiwa ini :

I. DATA PEMOHON / PEMBAYAR PREMI.

Data Calon Pemohon/Pembayar di bawah ini tidak perlu diisi jika Calon Pemohon/Pembayar adalah Calon Pemegang Polis

Data di bawah ini diisi jika Pemohon / Pembayar Premi adalah Institusi / Lembaga / Perusahaan (Melampirkan Surat Pimpinan).

Nama Institusi / Lembaga / Perusahaan

Jenis Usaha

Alamat Institusi / Lembaga / Perusahaan

Kota Kode Pos

Propinsi

Nomor Telepon - Fax -

E-mail

Nomor NPWP

Nama Pejabat Yang Menandatangani SPAJ Jabatan

Data di bawah ini diisi jika Pemohon / Pembayar Premi adalah Orang / Pribadi atau Calon Pemegang Polis / Calon Tertanggung.

Jenis Kartu Identitas (di lampiri copy) KTP/KITAS SIM Passport Nomor

Nama Sesuai Kartu Identitas

Nama Kecil (Nama Panggilan / Nama Alias) Gelar Depan Belakang

Tempat / Tanggal Lahir / - -

Jenis Kelamin Pria Wanita Status Perkawinan Belum Menikah Menikah Janda / Duda

Agama Islam Kristen / Katholik Hindu Budha Lainnya

Nama Asli Ibu Kandung

Alamat Sesuai Kartu Identitas

Kota Kode Pos

Propinsi

Nomor Telepon - Fax -

Nomor Telepon Seluler (HP) - E-mail

Kewarganegaraan WNI WNA Jika WNA, Asal Negara

Pekerjaan PNS TNI / POLRI Peg. Swasta Wiraswasta Profesional Lain-lain

Jenis Pekerjaan

Jabatan Profesi Lain

Nama Institusi Tempat Bekerja

Jenis/Bidang Usaha Institusi Tempat Bekerja

Alamat Institusi Tempat Bekerja

Kota Kode Pos

Propinsi

Nomor Telepon - Fax -

II. HUBUNGAN PEMOHON / PEMBAYAR PREMI DENGAN PEMEGANG POLIS DAN TERTANGGUNG.

Hubungan dengan Pemegang Polis :

Diri Sendiri Suami Istri Anak Ayah Ibu

Hubungan Darah Lainnya, sebutkan

Pejabat/Direksi/Komisaris Staff/Pegawai Debitur/Kreditur

Hubungan Kerja Lainnya, sebutkan

Hubungan dengan Tertanggung :

Diri Sendiri Suami Istri Anak Ayah Ibu

Hubungan Darah Lainnya, sebutkan

Pejabat/Direksi/Komisaris Staff/Pegawai Debitur/Kreditur

Hubungan Kerja Lainnya, sebutkan

III. DATA KEUANGAN PEMBAYAR PREMI (Untuk Institusi atau Pribadi dengan UP > 750 Juta, wajib menyampaikan Financial Statement).

Dilisi Pembayar Premi Pribadi - Penghasilan Utama Kotor per Bulan (dalam ekuivalen Rupiah).

< Rp.2,5 juta Rp.2,5 juta - < Rp.5 juta Rp.5 juta - < Rp.10 juta Rp.10 juta - < Rp.50 juta Rp.50 juta - < Rp.100 juta >= Rp.100 juta

Dilisi Pembayar Premi Pribadi - Penghasilan Tambahan Kotor rata-rata per Bulan (dalam ekuivalen Rupiah).

< Rp.2,5 juta Rp.2,5 juta - < Rp.5 juta Rp.5 juta - < Rp.10 juta Rp.10 juta - < Rp.50 juta Rp.50 juta - < Rp.100 juta >= Rp.100 juta

Dilisi Pembayar Premi Pribadi - Sumber Penghasilan Tambahan (dapat ditandai lebih dari satu).

Usaha Wiraswasta Hasil Investasi Profesi Lain Penyertaan Modal Penghasilan Istri/Suami Lainnya

Dilisi Pembayar Premi Pribadi - Perkiraan Prosentase dari Penghasilan Utama + Tambahan per Bulan yang digunakan untuk membayar Premi.

< 10% 10% - < 15% 15% - < 20% 20% - < 25% 25% - < 30% >= 30%

Dilisi Pembayar Premi Pribadi / Institusi - Tujuan membeli asuransi jiwa bagi Calon Tertanggung.

Perlindungan Keluarga Perlindungan Hari Tua Perlindungan Pendidikan Perlindungan Kesehatan Debitur / Kreditur Lainnya

Dilisi Pembayar Premi Pribadi / Institusi - Sumber dana untuk membayar premi.

Pribadi Institusi Institusi & Pribadi Lainnya, sebutkan

IV. DATA CALON PEMEGANG POLIS

Jenis Kartu Identitas (dilampiri copy) KTP/KITAS SIM Paspor Nomor

Nama (sesuai identitas)

Nama Kecil>Nama Panggilan>NamaAlias Gelar Depan Belakang

Tempat / Tanggal Lahir - / /

Jenis Kelamin Pria Wanita Status Perkawinan Menikah Belum Menikah Janda / Duda

Agama Islam Kristen / Katolik Hindu Budha Lainnya

Nama Asli Ibu Kandung

Alamat Rumah Tinggal / Domisili

Kota Kode Pos

Propinsi

Nomor Telepon - Fax -

Jika alamat surat menyurat sama dengan alamat rumah tinggal, maka alamat surat menyurat dapat diabaikan

Alamat Surat Menyurat

Kota Kode Pos

Propinsi

Nomor Telepon Selular (HP) - E-mail

Kewarganegaraan WNI WNA Jika WNA asal negara

PNS TNI / POLRI Peg.Swasta Wiraswasta Profesional Lain-lain

Jenis Pekerjaan

Jabatan Profesi Lain

Nama Institusi Tempat Bekerja

Jenis Usaha Institusi Tempat Bekerja

Alamat Institusi Tempat Bekerja

Kota Kode Pos

Propinsi

Nomor Telepon - Fax -

V. DATA KEUANGAN CALON PEMEGANG POLIS (Jika diperlukan wajib menyerahkan Laporan Keuangan)

Penghasilan Utama Kotor per Bulan (dalam ekuivalen Rupiah)
 < Rp.2,5 juta Rp.2,5 juta - < Rp.5 juta Rp.5 juta - < Rp.10 juta Rp.10 juta - < Rp.50 juta Rp. 50 juta - < Rp.100 juta >= Rp.100 juta

Penghasilan Tambahan Kotor rata-rata per Bulan (dalam ekuivalen Rupiah)
 < Rp.2,5 juta Rp.2,5 juta - < Rp.5 juta Rp.5 juta - < Rp.10 juta Rp.10 juta - < Rp.50 juta Rp. 50 juta - < Rp.100 juta >= Rp.100 juta

Sumber Penghasilan Tambahan (Dapat ditandai lebih dari satu)
 Usaha Wiraswasta Hasil Investasi Profesi Lain Penyertaan Modal Penghasilan Istri/Suami Lainnya

Perkiraan Prosentase Penghasilan Utama + Tambahan per Bulan yang dapat disisihkan dan digunakan untuk membayar Premi
 < 10% 10% - < 15% 15% - < 20% 20% - < 25% 25% - < 30% >= 30%

Tujuan membeli Asuransi untuk Calon Tertanggung
 Perlindungan Keluarga Perlindungan Hari Tua Perlindungan Pendidikan Perlindungan Kesehatan Debitur / Kreditur Lainnya

Sumber dana untuk membayar Premi
 Pribadi Institusi Institusi & Pribadi Lainnya, sebutkan

VI. DATA CALON TERTANGGUNG

Dir Sendiri Suami Istri Anak Ayah Ibu
 dengan Calon Pemegang Polis
 Hubungan Darah Lainnya, sebutkan _____ Staf / Pegawai Debitur / Kreditur
 Hubungan Kerja Lainnya, sebutkan _____ Pejabat / Direksi / Komisaris

Data Calon Tertanggung di bawah ini tidak perlu diisi jika Calon Tertanggung adalah diri sendiri (Calon Pemegang Polis)

Jenis Kartu Identitas (dilampiri copy) KTP/KITAS SIM Paspor Nomor _____

Nama (sesuai identitas) _____

Nama Kecil>Nama Panggilan>NamaAlias _____ Gelar Depan _____ Gelar Belakang _____

Tempat / Tanggal Lahir _____ - ____ / ____ / ____

Jenis Kelamin Pria Wanita Status Perkawinan Menikah Belum Menikah Janda / Duda

Agama Islam Kristen / Katolik Hindu Budha Lainnya

Nama Asli Ibu Kandung _____

Alamat Rumah Tinggal / Domisili _____

Kota _____ Kode Pos _____

Propinsi _____

Nomor Telepon _____ - _____ Fax _____ - _____

Nomor Telepon Selular (HP) _____ E-mail _____

Kewarganegaraan WNI WNA Jika WNA, Asal Negara _____

PNS TNI /POLRI Peg.Swasta Wiraswasta Profesional Lain-lain

Jenis Pekerjaan _____

Jabatan _____ Profesi Lain _____

Nama Institusi Tempat Bekerja _____

Jenis Usaha Institusi Tempat Bekerja _____

Alamat Institusi Tempat Bekerja _____

Kota _____ Kode Pos _____

Propinsi _____

Nomor Telepon _____ Fax _____ - _____

VII. KETERANGAN TAMBAHAN CALON TERTANGGUNG

Apakah sebelum ini ada permintaan Asuransi Jiwa yang pernah diajukan atas diri Calon Tertanggung yang ditolak ? Ya Tidak

Jika "Ya", ditolak dengan alasan Karena Kondisi Kesehatan Karena Persyaratan Administrasi Karena Kondisi Pertanggungan Lainnya

Sebutkan Polis-Polis Asuransi Jiwa atas diri Calon Tertanggung yang pernah ada dan atau masih berlaku di BRI Life maupun Perusahaan Asuransi Jiwa lainnya.

Nomor Polis	Mulai Asuransi	Masa (Thn)	Jumlah Uang Pertanggungan		Nama Perusahaan Asuransi Jiwa	Status Polis		
			Rp	US\$		Aktif	Berakhir	Batal

Sebutkan permohonan asuransi jiwa lainnya yang saat ini sedang diajukan atas diri Calon Tertanggung di BRI Life maupun Perusahaan Asuransi Jiwa lainnya

Nomor SPAJ	Mulai Asuransi	Masa (Thn)	Jumlah Uang Pertanggungan		Nama Perusahaan Asuransi Jiwa
			Rp	US\$	

VIII. KETERANGAN PRIBADI DAN KESEHATAN CALON TERTANGGUNG (WAJIB DIISI)

Apakah fisik dan mental (jiwa) Anda saat ini sehat Ya Tidak, jelaskan _____

Apakah semua anggota tubuh Anda berfungsi dengan normal Ya Tidak, jelaskan _____

Apakah Berat Badan Anda dalam 2 (dua) tahun terakhir terjadi kenaikan / penurunan melebihi 5 (lima) kilogram Tidak Ya, jelaskan _____
 Berat Badan saat ini Kg Tinggi Badan Cm

IX. AKTIVITAS / KEBIASAAN ANDA SEHARI-HARI ATAU SERING DILAKUKAN

Apakah Anda merokok Tidak Ya, rata-rata batang/hari dan telah berjalan Thn

Apakah Anda mengonsumsi minuman beralkohol Tidak Ya, jenis / kadar _____

Apakah Anda memakai obat penenang atau sejenisnya Tidak Ya, alasannya _____

Apakah Anda pernah mengonsumsi narkoba dan sejenisnya Tidak Ya _____

Apakah Anda sering / terkadang melakukan penerbangan sebagai Pilot / Awak / Penumpang dengan jalur komersial / carteran Tidak Ya, jelaskan _____

Apakah Anda juga berprofesi sebagai seorang Atlet atau sering melakukan aktivitas sebagai hobi yang berisiko tinggi, misalnya balap motor, terjun payung, mendaki gunung atau semacamnya yang berisiko tinggi Tidak Ya, jelaskan _____

Apakah Anda sering menggunakan sepeda motor Tidak Ya, jelaskan _____

X. APAKAH ANDA PERNAH / SEDANG MENDERITA PENYAKIT / GEJALA PENYAKIT ATAU PERNAH / SEDANG MENGALAMI KONDISI :

Sawan, Lumpuh, Epilepsi atau penyakit (terdapat gangguan) Syaraf / Mental	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya, jelaskan	_____
Kencing Manis, Kencing Batu, Ginjal	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya, jelaskan	_____
Batuk Kering, Muntah Darah, TBC, Sesak Napas, Asma, Nyeri Dada	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya, jelaskan	_____
Jantung, Darah Tinggi, Darah Rendah	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya, jelaskan	_____
Hepatitis / Lever	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya, jelaskan	_____
Tumor, Kanker (semua jenis kanker)	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya, jelaskan	_____
Kencing Nanah / Darah / Sipilis, AIDS atau yang berhubungan dengan AIDS	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya, jelaskan	_____
Gangguan Pencernaan, Diare atau gangguan perut lainnya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya, jelaskan	_____
Melakukan Bunuh Diri	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya, jelaskan	_____
Menerima Transfusi Darah	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya, jelaskan	_____
Ditolak untuk menjadi donor darah	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya, jelaskan	_____

Tidak pernah Pernah Sedang mendapat perawatan atau dilakukan pemeriksaan Dokter (karena suatu penyakit) antara lain : laboratorium, sinar X, ECG, atau pemeriksaan khusus seperti HIV, USG, CT SCAN dan lainnya. Jika **Sedang / Pernah**, maka jelaskan pada lajur di bawah ini

Tanggal Dirawat / Diperiksa	Nama Tempat Dirawat dan / atau Dokter Yang Merawat / Memeriksa	Alamat Tempat Dirawat / Dokter Yang Merawat / Memeriksa	Keterangan Perawatan / Pemeriksaan

XI. KONDISI KHUSUS BAGI CALON TERTANGGUNG WANITA

Pernah / sedang menderita penyakit di daerah payudara atau kandungan Tidak Ya, jelaskan _____

Dalam 6 (enam) bulan terakhir ini menstruasi tidak teratur Tidak Ya, jelaskan _____

Sedang dalam keadaan hamil Tidak Ya, jelaskan _____

Pernah keguguran atau bayi meninggal dalam kandungan / saat dilahirkan Tidak Ya, usia kandungan bulan, dan adalah anak yang ke

XII. PERIHAL DAN RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA CALON TERTANGGUNG

Adakah Keluarga dekat Calon Tertanggung (Ayah, Ibu, Saudara Kandung), pernah / sedang mengidap penyakit :

Hubungan Keluarga	Paru - Paru		Kencing Manis		Jantung		Penyakit Jiwa / Gangguan Mental	
Ayah Kandung	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak							
Ibu Kandung	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak							
Saudara Kandung	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak							

Kondisi keluarga dekat Calon Tertanggung (Ayah, Ibu, Suami / Istri) saat ini :

Hubungan Keluarga	Masih Hidup		Sudah Meninggal Dunia	
	Umur	Keadaan Kesehatan	Umur	Sebab-sebab meninggal dunia
Ayah Kandung				
Ibu Kandung				
Suami / Istri				

Nama Dokter yg Sering Dikunjungi untuk berobat / konsul _____

Alamat tempat praktek / RS _____

Kota Telp. -

XIII. DATA YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERTANGGUNGAN

Plan Asuransi Dasar / Utama Kode Plan Diisi Oleh Petugas

Plan Asuransi Tambahan / Rider (pilihan sesuai ketentuan Produk & lamanya Pertanggungungan hingga usia Tertanggung maks. 60 tahun).

Kecelakaan diri (risiko A)+Spd motor Cacat Tetap Total Penyakit Kritis Santunan Harian (Rawat Inap)
 Kecelakaan diri, dengan Jenis Risiko : AB + Spd. motor ABD + Spd motor
 dengan Kelas Risiko I II III IV

Jenis Mata Uang Rupiah US \$

Tanggal Mulai Asuransi (Tgl - Bln - Thn) - - Masa Asuransi Seumur Hidup, atau selama Thn Bln
 (Saya menyetujui bahwa tanggal, bulan dan tahun Mulai Asuransi dapat diubah oleh Penanggung berdasarkan penyelesaian permasalahan Underwriting atau syarat-syarat asuransi yang diperlukan)

XIV. JUMLAH UANG PERTANGGUNGAN

PLAN ASURANSI UTAMA

Uang Pertanggungungan

Periode Pembayaran Premi Sekaligus Tahunan 6 Bulanan 3 Bulanan Bulanan, sesuai dengan persyaratan

Masa Pembayaran Premi Tahun Bulan

PLAN ASURANSI TAMBAHAN

Uang Pertanggungungan Asuransi Tambahan

Periode Pembayaran Premi Kecelakaan (Periode Pembayaran Sesuai Plan Asuransi Utama) Sekaligus Tahunan 6 Bulanan 3 Bulanan Bulanan, sesuai dengan persyaratan

Masa Pembayaran Premi Tahun Bulan

XV. PERINCIAN PREMI ASURANSI

Premi Plan Asuransi Utama *Diisi Oleh Petugas BRI Life*

Premi Plan Asuransi Tambahan Kecelakaan Usia Tertanggung Tahun

Premi Plan Asuransi Tambahan Bringin Sehat Tarip Premi Plan Asuransi Utama

Extra Premi (Kondisi Kesehatan) Rate Extra Premi (Risiko Kesehatan) - %

Extra Premi (Pekerjaan / Profesi) Rate Extra Premi (Pekerjaan/Profesi) - %

PREMI PERTAMA YANG HARUS DIBAYAR

Tempat dan Cara Pembayaran Premi Di Kantor Bri Life Melalui Bank (Setor/Transfer) Debit Rekening Otomatis (Melampirkan Surat Kuasa) Kartu Debit / ATM Melalui Kartu Kredit (Melampirkan Surat Kuasa dan Fotocopy Kartu Kredit)

Jika dengan Kartu Kredit / Debet Rekening Nama Sesuai Pada Kartu / Rekening Bank Isi

Nomor Kartu / Nomor Rekening Bank Bln - Tahun - Berakhir Kartu Kredit

Jenis Kartu Kredit Visa Master Diners BCA Lainnya Nama Penerbit

NAMA-NAMA PENERIMA SANTUNAN ATAU NAMA-NAMA YANG DITUNJUK SEBAGAI PENERIMA MANFAAT ASURANSI BILA TERTANGGUNG MENINGGAL DUNIA

	Jenis Kelamin L / P	Tanggal Lahir	Umur (Thn)	Hubungan Dengan Calon Tertanggung	Keterangan Besarnya Bagian

KETERANGAN PLAN ASURANSI TAMBAHAN (RIDER)

PLAN ASURANSI TAMBAHAN (RIDER) UNTUK RISIKO KECELAKAAN

1. KELAS RISIKO KECELAKAAN (risiko yang terkait pekerjaan Calon Tertanggung)

- Risiko I : Pekerjaan yang bersifat administratif.
- Risiko II : Pekerjaan dinas luar atau yang dilakukan menggunakan tenaga fisik.
- Risiko III : Pekerjaan lapangan atau para teknisi atau pekerjaan yang dilakukan dengan menggunakan mesin - mesin ringan.
- Risiko IV : Pekerjaan yang kasar atau yang sifatnya berbahaya atau pekerjaan yang dilakukan dengan menggunakan mesin - mesin berat.

2. JENIS RISIKO KECELAKAAN

- Risiko A : Meninggal Dunia.
- Risiko AB : Meninggal Dunia atau Cacat Tetap, baik Total maupun Sebagian.
- Risiko ABD : Meninggal Dunia atau Cacat Tetap, baik Total maupun Sebagian dan Santunan Biaya Pengobatan / Perawatan di Rumah Sakit.

XVI. PERNYATAAN PEMOHON ASURANSI JIWA, CALON PEMEGANG POLIS DAN CALON TERTANGGUNG

1. Saya menyatakan, bahwa seluruh pertanyaan dalam Surat Permintaan Asuransi Kesehatan ini telah saya baca, saya pahami dan saya jawab dengan lengkap dan benar sesuai dengan keadaan yang sebenar-benarnya dan apabila kemudian diketahui dan ditemukan hal-hal yang tidak benar dan tidak saya beritahukan yang sifatnya sedemikian rupa, sehingga kemungkinan permohonan asuransi yang saya ajukan ini dapat ditolak, maka untuk itu saya menyetujui permohonan asuransi saya ini ditolak atau perjanjian asuransi sesuai Polis yang telah diterbitkan batal demi hukum dengan sendirinya sejak mulai asuransi dan Penanggung tidak berkewajiban membayar Manfaat Asuransi apapun seperti yang diperjanjikan dan tercantum dalam Polis, demikian pula saya akan mengembalikan seluruh Manfaat Asuransi yang telah saya terima dan nikmati.
2. Saya menyetujui **Penanggung membatalkan polis demi hukum apabila dalam tenggang waktu 2 (dua) tahun (masa Incontestable Period) sejak Polis berlaku terjadi klaim atas diri Tertanggung,**
3. Saya menyatakan bersedia untuk melakukan dan memenuhi kewajiban yang dipersyaratkan guna melengkapi informasi dan keterangan yang dibutuhkan berkaitan dengan permohonan asuransi kesehatan yang saya ajukan ini, yakni melaksanakan pemeriksaan kesehatan dan memberikan hasil Laporan Pemeriksaan Kesehatan dan Laporan Keuangan (Financial Statement) untuk kepentingan seleksi underwriting dan reasuransi dan saya bersedia menerima tambahan kewajiban "Ekstra Premi" atas dasar kondisi pribadi dan kesehatan atau pekerjaan saya yang memungkinkan dapat meningkatkan risiko sesuai ketentuan underwriting dan reasuransi yang berlaku, demikian pula melengkapi informasi dan keterangan berkaitan dengan Peraturan Pemerintah tentang Prinsip Mengenal Nasabah.
4. Saya menyetujui, **bahwa untuk kepentingan pengumpulan data pemeriksaan kesehatan sebagai syarat pembayaran klaim meninggal, berdasarkan polis, dengan ini memberikan Kuasa Khusus dengan hak untuk mengalihkan (substitusi) yang tidak batal berdasarkan pasal 1813 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, kepada Penanggung untuk dan atas nama Tertanggung menghadap rumah sakit, klinik, dokter yang pernah memeriksa dan merawat Tertanggung, untuk minta data hasil pemeriksaan, untuk mengadakan otopsi, dan untuk melakukan tindakan yang diperlukan dalam mendapatkan data kesehatan terkait dengan persyaratan**
5. Saya menyetujui, bahwa permohonan yang saya ajukan ini akan diputuskan melalui proses underwriting dan akseptasi, setelah semua persyaratan telah saya penuhi dan lengkapi, serta seluruh kewajiban premi pertama yang besarnya telah ditetapkan dan sesuai sistem pembayaran premi yang tercantum dalam Surat Permintaan Asuransi Kesehatan ini telah saya setorkan sepenuhnya dan telah dicatat (dibuku) oleh Penanggung sebagai Titipan Premi Pertama.
6. Saya menyetujui, bahwa pertanggung asuransinya yang saya ajukan ini mulai berlaku sejak tanggal mulai berlakunya perjanjian asuransi yang tercantum dalam Polis dan Polis telah diakseptasi dan apabila dikarenakan proses underwriting, tanggal akseptasi Polis dilaksanakan setelah tanggal mulai berlaku perjanjian asuransi yang tercantum dalam Polis, maka tanggal efektif mulai berlaku pertanggung asuransinya berkaitan dengan segala risiko yang dipertanggung dan tercantum dalam Polis adalah sejak tanggal akseptasi Polis dan Titipan Premi Pertama yang telah disetorkan penuh akan dicatat (dibuku) sebagai pelunasan kewajiban Premi Pertama.
7. Saya menyetujui, bahwa apabila terjadi risiko sebelum pertanggung asuransinya dinyatakan berlaku sesuai butir 6, walaupun kewajiban premi pertama telah saya setorkan penuh, demikian pula atas risiko - risiko yang terjadi diluar ketentuan, batasan - batasan atau termasuk dalam pengecualian risiko yang dipertanggung, maka Penanggung bebas dan tidak memiliki kewajiban membayar Manfaat Asuransi atas risiko - risiko tersebut.
8. Saya menyetujui, bahwa apabila karena sebab apapun Penanggung tidak menagih Premi, hal tersebut **tidak membebaskan saya dari kewajiban untuk membayar Premi** atas periode pembayaran premi yang telah jatuh tempo dan bila demikian halnya, saya bersedia segera membayarkan premi yang tidak tertagih tersebut dengan menyetorkan langsung ke Kantor Penanggung atau menyetorkan / mentransfer ke rekening giro Penanggung.
9. Saya menyetujui, **bahwa apabila premi lanjutan tidak saya bayarkan sampai dengan tanggal jatuh tempo batas pembayaran premi, maka premi lanjutan saya dinyatakan tertunggak dan apabila sampai dengan 2 (dua) bulan sejak tanggal jatuh tempo yang merupakan tenggang waktu / masa leluasa (Grace Period) untuk membayar premi lanjutan yang tertunggak tidak juga saya bayarkan, maka Polis saya menjadi batal (Lapse) dengan sendirinya dan apabila terjadi risiko setelah masa leluasa terlewati, Penanggung bebas dan tidak memiliki kewajiban membayar Manfaat Asuransi apapun.**
10. Saya menyetujui, bahwa jika diperlukan untuk memperlancar administrasi dan pemeliharaan kelangsungan Polis saya, maka saya bersedia untuk membuka rekening pada Bank yang ditunjuk Penanggung dan sekaligus memberikan Surat Kuasa pada Penanggung untuk melakukan pemotongan langsung secara otomatis pada rekening saya tersebut, sebesar Premi Lanjutan ditambah materai jika ada, paling lambat 3 (tiga) hari sebelum tanggal jatuh tempo pembayaran premi dan dana telah saya setorkan.
11. Saya menyetujui, bahwa selanjutnya semua keterangan dan pernyataan saya merupakan bagian yang saling mengikat bersama seluruh ketentuan yang berlaku dan yang ditetapkan kemudian, yakni Ketentuan Umum Polis, Ketentuan-Ketentuan Khusus dan Adendum - Adendum yang menjadi satu kesatuan dan tidak dapat dipisahkan dari Polis.

CALON PEMEGANG POLIS

Tanggal - -

CALON TERTANGGUNG

Tanggal - -

PEMOHON ASURANSI JIWA

Tanggal - -

KETERANGAN TAMBAHAN DARI PEMOHON ASURANSI JIWA, CALON PEMEGANG POLIS DAN CALON TERTANGGUNG

