

SURAT PERMINTAAN ASURANSI JIWA INDIVIDU

ASURANSI JIWA PELITA

- 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		Direferensikan oleh	
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"/>	Nama Referral	<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 Status 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"/>	<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"/>	<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No. Ponsel <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	No. Telp Rumah <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No. Ponsel <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Email	<input type="text"/>	<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 _____ RW _____ Kode Pos _____	RT _____ RW _____ Kode Pos _____
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 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 Jiwa Proteksi Kesehatan

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

Gaji Suami/Istri Hasil Investasi Bisnis Pribadi Bonus/Insentif/Komisi

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. Apakah Anda memiliki Polis Asuransi lain di BRI Life atau Perusahaan Asuransi lainnya?

Tidak Ya, sebutkan

Perusahaan Asuransi	Uang Pertanggungan

4 Cara Pembayaran Premi

Debit Rekening Otomatis BRI Virtual Account

III. DATA PERTANGGUNGAN

1. Jumlah Uang Pertanggungan Dasar

Rp _____

2. Manfaat Tambahan

Penyakit Kritis Cacat Tetap Total dan Sebagian Akibat Kecelakaan

3. Masa Asuransi

_____ Tahun dan diperpanjang otomatis

4. Periode Bayar Premi

Tahunan Bulanan

5. Premi

Rp _____

6. Premi perpanjangan polis

Rp _____

IV. NAMA PENERIMA MANFAAT

No	Nama Lengkap Sesuai Identitas	Nomor Induk Kependudukan	Tanggal Lahir	Jenis Kelamin	Hubungan dengan Tertanggung	Persentase
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

V. PERNYATAAN KESEHATAN

Saya sebagai Calon Tertanggung Asuransi Jiwa PELITA menyatakan bahwa Saya dalam keadaan sehat dan tidak ada gejala atau tanda-tanda menderita penyakit atau kelainan. Saya tidak pernah menunjukkan gejala penyakit, tidak pernah didiagnosa ataupun mendapatkan pengobatan untuk kanker atau pertumbuhan sel lainnya, tekanan darah tinggi, nyeri dada, serangan jantung, stroke, kencing manis, hepatitis, penyakit jiwa, epilepsi, HIV/AIDS, kelainan yang berhubungan dengan pembuluh darah, sistem pernafasan, darah, ginjal, hati, lambung, atau saluran pencernaan, dan selama 3 (tiga) tahun terakhir tidak pernah konsultasi ke dokter, menjalani perawatan di Rumah Sakit, melakukan tes diagnosa atau mengkonsumsi obat secara rutin. Saya pun tidak pernah ditolak pada pengajuan aplikasi asuransi atau dibebankan premi tambahan/pengecualian/penawaran lain baik di PT Asuransi BRI Life maupun perusahaan lain.

VI. PERNYATAAN CALON PEMEGANG POLIS DAN CALON TERTANGGUNG

Dengan ini Saya/Kami menyatakan dan menyetujui bahwa :

- 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 Jiwa PELITA, maka perlindungan menjadi tidak berlaku untuk penyakit tersebut dalam Pernyataan Kesehatan
- informasi yang menyangkut Pernyataan Kesehatan saya sebagaimana tercantum dalam Formulir Aplikasi ini adalah benar dengan kondisi saya sebenarnya.
- 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.
- Telah menerima penjelasan dan mengerti terkait karakteristik, manfaat dan risiko dari produk Asuransi Jiwa PELITA 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Saya/Kami telah mendapatkan informasi menyeluruh tentang Pengalihan Polis/Policy Replacement dan menyetujui seluruh akibat yang nantinya dapat membatalkan pertanggungan ini.
- Apabila premi pertama belum Saya/Kami lunasi kepada BRI Life maka pertanggungan belum berlaku.
- Telah menerima informasi bahwa tidak diperbolehkan menipiskan Pembayaran Premi pada petugas Penjualan dan PT Asuransi BRI Life tidak bertanggung jawab apabila terjadi penyalahgunaan Premi.
- 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)
- 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.
- Saya memberikan persetujuan kepada BRI Life untuk melakukan 1 (satu) kali perpanjangan masa asuransi secara otomatis sesuai dengan masa asuransi yang dipilih pada pengajuan asuransi ini.

Pemegang Polis

Nama Jelas
Tempat :
Tanggal :

Tertanggung

Nama Jelas
Tempat :
Tanggal :

VII. PERNYATAAN TENAGA PEMASAR

Saya yang bertanda tangan dibawah ini 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 keadaan yang sebenarnya dan saya telah jelaskan bilamana keterangan dan jawaban yang diberikan kemudian ditemukan tidak benar, akan berakibat ditolakny 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.
- Saya telah memberikan penjelasan kepada calon nasabah terkait Produk Asuransi Jiwa PELITA 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.
- Saya menyatakan bahwa pengajuan Surat Permohonan Asuransi Jiwa ini bukan atas pembatalan Polis Nasabah yang telah dimiliki sebelumnya, baik yang terdata pada BRI Life maupun pada perusahaan asuransi lainnya.

- 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 Pendebeban Rekening / Surat Kuasa Pendebeban Kartu Kredit

TENAGA PEMASARAN

Nama Jelas
Tempat :
Tanggal :

SUPERVISOR

Nama Jelas
Tempat :
Tanggal :