

SURAT PERMINTAAN ASURANSI JIWA INDIVIDU

ASURANSI OPTIPRO PLUS

- 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

Nama

Koden Agen

Nomor AAJI

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	<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 Satus 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"/> Email _____	No. Telp Rumah <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No. Ponsel <input type="text"/> <input type="text"/> Email _____
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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> RW <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kode Pos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	RT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> RW <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kode Pos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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, "Tidak", Isi 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

Penarikan/pembatalan Polis Asuransi Lain dalam waktu 6 Bulan sebelum / setelah pengajuan Polis Asuransi ini

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. Cara Pembayaran Premi

Debit Rekening Otomatis BRIVA

III. DATA PERTANGGUNGAN

1. Jumlah Uang Pertanggungan Rp

2. Periode Bayar Premi Bulanan Tahunan Sekaligus

3. Premi Sesuai Cara bayar Rp

IV. NAMA PENERIMA MANFAAT						
No	Nama Lengkap Sesuai Identitas	Nomor Induk Kependudukan	Tanggal Lahir	Jenis Kelamin	Hubungan dengan Tertanggung	Persentase
1.						
2.						
3.						

V. PERNYATAAN KESEHATAN		Calon Tertanggung	
(Untuk Telah menerima penjelasan dan mengerti terkait karakteristik, manfaat dan risiko dari produk Asuransi OptiPro		YA	TIDAK
<p>1. Calon Tertanggung : Tinggi Badan _____ Cm Berat Badan : _____ Kg</p> <p>Apakah pernah terjadi penurunan atau peningkatan berat badan sebanyak > 5 Kg dalam waktu 12 bulan terakhir yang bukan disebabkan masa pertumbuhan pada anak atau olah raga /pengaturan pola makan (diet) pada orang dewasa ? Bila "Ya", Jelaskan olah raga atau pengaturan pola makan (diet) yang dilakukan ?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p>Khusus Tertanggung Anak Kurang dari 5 Tahun</p> <p>a. Dilahirkan dalam kondisi <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Prematur <input type="checkbox"/> Lainnya, _____</p> <p>b. Lama Kehamilan _____ Minggu</p> <p>c. Panjang/Berat saat lahir _____ Cm _____ Kg</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>2. Apakah ada mempunyai kebiasaan :</p> <p>a. Merokok dalam 12 bulan terakhir ? Calon Tertanggung : Bila Ya, _____ Batang per hari, selama _____ tahun</p> <p>b. Minum minuman beralkohol dalam 12 bulan terakhir? Bila "Ya" jelaskan banyak dan jenisnya Calon Tertanggung : _____ gelas/botol/sloki * per minggu Jenisnya : Bir, Anggur, Spirits * * Coret yang tidak perlu</p> <p>c. Pernah atau saat ini menggunakan obat penenang atau narkotika/obat terlarang ? Jika obat-obatan ini diresepkan untuk perawatan medis, berikan detailnya</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>3. Apakah dalam 5 tahun terakhir :</p> <p>a. Menjalani proses rawat inap (yang tidak disebabkan oleh sakit demam berdarah atau typhus), Pembedahan atau tindakan medis, biopsi ?</p> <p>b. Menjalani pemeriksaan laboratorium tes darah (HIV, Hepatitis B, Hepatitis C, Dsb), rontgen atau yang khusus ? contoh : MRI, ECG, USG, CT Scan, tes darah (kolesterol, gula darah, AIDS, hepatitis, anemia, dll)</p> <p>c. Menjalani pengobatan ahli jiwa, kemoterapi, radiasi, tradisional, atau pengobatan alternatif ?</p> <p>d. Mengalami kecelakaan atau keracunan ? Bila "Ya" Jelaskan</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>4. Apakah anda pernah diberitahu atau pernah sedang menderita penyakit atau gejala/gangguan pada :</p> <p>a. Mata, telinga, hidung, tenggorokan, mulut (selain sakit flu, batuk dan/atau pilek), dan apnea tidur ?</p> <p>b. Sistem kemih dan kelamin : batu saluran kemih/ginjal, kencing darah/nanah, sakit prostat, sakit ginjal atau sakit kelamin ?</p> <p>c. Sistem saraf : epilepsi/ayun, kejang, pingsan, sering pusing/vertigo, stroke, serangan ischaemia sementara lumpuh, atau gangguan mental/kejiwaan, penyakit parkinson, penyakit alzheimer, migraine, palsi serebrum sklerosis berbilang ?</p> <p>d. Paru paru : asma, bronchitis, batuk lama, batuk darah, flek paru atau TBC ?</p> <p>e. Kelenjar dan darah : kolestrol meningkat, kencing manis/ peningkatan darah gula, kelainan gondok, kurang darah (anaemia), gangguan hormonal, pembesaran getah bening, asam urat meningkat, menerima transfusi darah, atau pernah ditolak sebagai donor darah ?</p> <p>f. Kekebalan dan infeksi : demam yang berlangsung lama, HIV/AIDS, malaria, disentri amuba, alergi, ruam, infeksi jamur, HPV atau lupus ?</p> <p>g. Jantung dan pembuluh darah : tekanan darah tinggi, penyempitan/ penyumbatan pembuluh darah, berdebar-debar, nyeri dada, gangguan katup jantung, sakit jantung bawaan, cardiomyopati, gangguan peredaran darah ?</p> <p>h. Tumor, kanker, atau kista ?</p> <p>i. Transplantasi organ vital tubuh, seperti : sumsum tulang belakang, stem cells, ginjal, paru, hati, jantung ?</p> <p>j. Sistem pencernaan dan hati : hepatitis B, hepatitis C, sakit lambung/maag, sakit kuning, batu empedu, muntah darah, buang air besar berdarah, wasir, radang usus, hernia, sering diare, peningkatan tes fungsi hati, pankreatitis atau cirrhosis ?</p> <p>k. Sistem kerangka, otot dan kulit : kelemahan anggota gerak/lumpuh, cacat fisik, polio, nyeri sendi, demam rematik, gangguan tulang belakang, patah tulang, amputasi, kelainan kulit, kusta atau tahi lalat yang membesar dengan cepat ?</p> <p>l. Lain lain yang tidak disebutkan diatas termasuk kelainan bawaan ? Bila "Ya" Jelaskan</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>5. Apakah ada 2 atau lebih dari orang tua atau saudara kandung anda yang meninggal dunia atau pernah menderita tekanan darah tinggi, sakit jantung, stroke, sakit ginjal, kencing manis, tuberculosis, gangguan mental/kejiwaan, tumor/kanker atau penyakit keturunan lainnya Bila "Ya" Jelaskan</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 OptiPro Plus, 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 pertanggungungan atau menolak pembayaran manfaat asuransi.
- Telah menerima penjelasan dan mengerti terkait karakteristik, manfaat dan risiko dari produk Asuransi OptiPro Plus 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 pertanggungungan ini.
- Apabila premi pertama belum Saya/Kami lunasi kepada BRI Life maka pertanggungungan belum berlaku.
- Telah menerima informasi bahwa tidak diperbolehkan menitipkan 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)
- Bersedia mendapatkan informasi terkait Polis Asuransi dan layanan dalam format elektronik melalui media komunikasi digital dari BRI Life.
- 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/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.

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 sebenar-benarnya 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 tidak menerima pembayaran premi baik secara tunai maupun dengan cara lainnya dari pemegang polis
- Saya telah memberikan penjelasan kepada calon nasabah terkait Produk Asuransi OptiPro Plus 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.

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 Pendebetan Rekening / Surat Kuasa Pendebetan Kartu Kredit

TENAGA PEMASARAN	
Nama Jelas	:
Tempat	:
Tanggal	:

SUPERVISOR	
Nama Jelas	:
Tempat	:
Tanggal	: