

SURAT PERMINTAAN ASURANSI JIWA

UNIT LINK

- 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:

Produk yang Diajukan (Pilih Salah Satu):
 Davestera Proteksi (Premi Berkala)
 Davestera Optima (Premi Tunggal)

Diisi oleh Petugas Penjualan

Nama

Kode Agen

Nomor AAJI

Direferensikan oleh

Kanca/KCP/Unit

Kode Unit Kerja

Nama Referral

Personal Number

Handphone

A. DATA CALON PEMEGANG POLIS

1 Nama Lengkap (sesuai kartu identitas)

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

3 Nomor Kartu Identitas

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

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

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)										
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										
Tanggal Kadaluarsa (tg/bln/thn)			-			-			atau	<input type="checkbox"/> Seumur Hidup
4 Tempat & Tanggal Lahir (tgl/bln/lhr)										
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,			
8 Status Perkawinan	<input type="checkbox"/> Kawin	<input type="checkbox"/> Belum Kawin	<input type="checkbox"/> Duda/Janda							
9 Nama Gadis Ibu Kandung										
10 Alamat Sesuai Kartu Identitas										
	RT	<input type="text"/>	RW	<input type="text"/>	Kel					
	Kec				Kota					
	Provinsi					Kode Pos				
	Negara									
11 Alamat Domisili										
<i>Diisi jika alamat berbeda dengan identitas</i>										
	RT	<input type="text"/>	RW	<input type="text"/>	Kel					
	Kec				Kota					
	Provinsi					Kode Pos				
	Negara									
12 Informasi Kontak	Telp	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>						
	HP	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>						
	Email									
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,			
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,								
15 Bidang Usaha					Jabatan					
16 Nama Institusi Tempat Kerja										
17 Alamat Institusi										
	RT	<input type="text"/>	RW	<input type="text"/>	Kel					
	Kec				Kota					
	Provinsi					Kode Pos				
	Negara									
18 Informasi Kontak Kantor										
19 Nomor NPWP										

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)
SUMBER DANA PEMBAYARAN PREMI		
1 Tujuan pengajuan asuransi (Pilihan dapat lebih dari satu):	<input type="checkbox"/> Proteksi Jiwa <input type="checkbox"/> Proteksi Kesehatan	
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/Komis <input type="checkbox"/> Penarikan/pembatalan Polis Asuransi Lain dalam waktu 6 Bulan sebelum/setelah pengajuan Polis Asuransi ini <input type="checkbox"/> Lainnya, _____	
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 , _____	
	*cantumkan jumlah penghasilan	

- 1 Cara Pembayaran Premi Debit Rekening Otomatis BRIVA Kartu Kredit Lainnya, _____
- 2 Periode Bayar Premi Premi Tunggal Premi Berkala* , yaitu (pilih salah satu periode bayar di bawah ini):
 Bulanan Semesteran Tahunan
- 3 Masa Bayar Premi Berkala Sekaligus

D. 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%

E. DATA PERTANGGUNGAN & INVESTASI

- 1 Uang Pertanggungan Dasar Rp ,⁰⁰
- 2 Premi Tunggal/Dasar Berkala* Rp ,⁰⁰
- 3 Premi Top Up Berkala* Rp ,⁰⁰
- * Khusus untuk produk Davestera Proteksi**
- 4 Manfaat Tambahan (Rider) yang dipilih **: Term Insurance Rp ,⁰⁰
 Personal Accident Plus Rp ,⁰⁰
 Critical Illness Rp ,⁰⁰
 Total Permanent Disability Rp ,⁰⁰
 Hospitalization Cash Plan Rp ,⁰⁰
 Health Protection Plan A Plan B Plan C Plan D Plan E Plan F
 Waiver of Premium
 Payor Death Protection
 Payor Benefit
 Spouse Death Protection
 Spouse Benefit
 Lainnya : _____
 Lainnya : _____

*** Mohon coret salah satu sesuai pilihan periode bayar premi**

**** Khusus untuk premi tunggal maka Manfaat Tambahan (Rider) yang dapat dipilih hanya Term Insurance, Personal Accident Plus, Total Permanent Disability, Critical Illness, dan Hospitalization Cash Plan**

5. Alokasi Dana Investasi yang dipilih :
- Darlink AMAN %
 Darlink STABIL %
 Darlink DINAMIS %
 Darlink AGRESIF %
 Darlink AMANAH %
 Total %

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 Tertanggung: Cm Kg Ya Tidak
2. Apakah Anda perokok Ya Tidak
 Jika "Ya", batang / hari Telah berjalan tahun

- | | Ya | Tidak |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 3. Apakah Anda terlibat hobi/kegiatan berisiko tinggi?
<i>(sebagai awak pesawat, terjun payung, mendaki gunung, menyelam, balap, pelayaran, pertambangan, dan arung jeram)</i>
Jika "Ya", mohon melengkapi Formulir Tambahan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Apakah Anda pernah atau mempunyai kebiasaan minum minuman keras/beralkohol dan sejenisnya?
Jika "Ya", Isi Formulir Pertanyaan Tambahan untuk Penggunaan Alkohol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Apakah Anda pernah menggunakan obat-obat terlarang, narkotik atau obat penenang?
Jika "Ya", jelaskan jenisnya _____ Jumlahnya _____ per hari | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Apakah Anda pernah/sedang menderita penyakit/gangguan/kelainan pada pertanyaan dibawah ini:
Jika "Ya", lingkari pada penyakit/gangguan/kelainan yang diderita. | | |
| a. Mata : Termasuk fungsi penglihatan. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Telinga, Hidung dan Tenggorokan : Termasuk fungsi pendengaran/bicara? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Paru-paru : Termasuk fungsi pernafasan, saluran nafas, batuk lama, bronchitis, asma, batuk darah, dan TBC? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Jantung dan Pembuluh Darah : Termasuk nyeri dada, berdebar tak teratur, sakit jantung, tekanan darah tinggi, darah rendah, penyempitan/penyumbatan/gangguan peredaran darah, varises, ambeien (wasir)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Organ Perut : Sakit Maag, sakit kuning (liver), muntah darah, hernia, sering diare, mual, muntah-muntah, hepatitis, radang/batu empedu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Sistem Kemih dan Kelamin : Sakit pinggang, sakit/nyeri saat buang air kecil, kencing batu/berpasir, batu ginjal, kencing berdarah, kencing nanah, sakit prostat, gagal ginjal, penyakit kelamin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Sistem saraf, kerangka dan otot : Sering pusing, pingsan, kesemutan, nyeri sendi, rematik/encok, demam rematik, kelemahan alat gerak, kelumpuhan, ayun/kejang, vertigo, stroke, penurunan kesadaran, stres atau gangguan jiwa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Tulang dan Kulit : Gangguan tulang belakang, patah tulang, polio, amputasi, kelainan kulit, kusta, tahi lalat yang bertumbuh dengan cepat? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Sistem Kelenjar dan Darah : Gangguan hormon, gondok, thyroid, pembesaran getah bening, asam urat, kencing manis, kolesterol, kurang darah/anemia, thalassemia, hemofilia, leukemia dan kelainan darah lainnya? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Sistem Kekebalan dan Infeksi : HIV/AIDS atau gejala kompleks yang berhubungan dengan AIDS (ARC), malaria, disentri amuba, alergi dan lupus? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Pertumbuhan Sel : Tumor, kista, kanker, benjolan atau pertumbuhan sel abnormal lainnya? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Lainnya : Yang belum disebutkan diatas (kelainan bentuk tubuh atau jenis luka apapun, penyakit bawaan, berkebutuhan khusus, cacat fisik, trauma kepala, kecelakaan, dll)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Apakah Anda pernah/sedang menderita penyakit/gangguan/kelainan sehingga : | | |
| a. Menjalani rawat inap/rawat jalan, operasi, biopsi, endoskopi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Menjalani pemeriksaan laboratorium, rontgen (X Ray) atau yang khusus, contoh : MRI, ECG, USG, CT Scan, tes darah (kolesterol, gula darah, AIDS, hepatitis, anemia, dll) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Menjalani pengobatan ahli jiwa, radiasi, kemoterapi, tradisional atau pengobatan alternatif? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Jika pada No. 6 s/d 7 menjawab "Ya", maka jelaskan pada kolom dibawah ini:

Pertanyaan No.	Jelaskan dengan lengkap: penyebab sakit, keluhan yang diderita, diagnosa penyakit, lama sakit yang diderita, tanggal konsultasi (rawat), tindakan yang diberikan dokter, nama dan alamat dokter/rumah sakit /tempat konsultasi, serta kondisi saat ini. (Gunakan kertas tambahan, jika tempat tidak mencukupi)

8. Dalam 2 (dua) tahun terakhir, apakah :
- a. Menerima transfusi darah? Ya Tidak
 Jika "Ya", jelaskan alasannya:
- b. Ditolak untuk donor darah? Ya Tidak
 Jika "Ya", jelaskan alasannya:
9. Khusus Tertanggung Wanita :
- a. Apakah saat ini sedang hamil? Ya Tidak
 Jika "Ya", berapa minggu usia kehamilannya?
- b. Pernah mengalami kesulitan/komplikasi pada saat hamil/melahirkan? Ya Tidak
- c. Pernah/sedang menderita penyakit/keluhan pada payudara atau kandungan, termasuk haid tidak teratur? Ya Tidak
 Jika pada point b & c anda menjawab "Ya", jelaskan :
10. Khusus Tertanggung Anak Kurang dari 5 Tahun :
- a. Dilahirkan dalam kondisi Normal Prematur Lainnya, _____
- b. Lama kehamilan Minggu
 Dokter yang dikunjungi
- c. Panjang/Berat saat lahir Cm Kg Ya Tidak
11. Apakah dalam keluarga terdekat ada yang menderita sakit Jantung, Stroke, Tekanan Darah Tinggi, TBC, Kencing Manis, Ginjal, Kelainan Mental, Hepatitis, Kanker, Penyakit keturunan lainnya atau suami/istri/orang tua anda menderita AIDS. Ya Tidak
 Jika "Ya", jelaskan siapa, penyakit yang diderita, usia saat ini, keadaan saat ini :
12. Khusus Tertanggung yang memilih asuransi tambahan dengan masa tunggu dan kriteria hasil underwriting Non Medical :
 Apakah Anda bermaksud untuk menghilangkan masa tunggu pada asuransi tambahan tertentu yang Anda ambil? Ya Tidak
 Jika "Ya", maka saya bersedia melakukan pemeriksaan kesehatan yang ditentukan oleh BRI Life dan biaya pemeriksaan tersebut menjadi beban saya sendiri.
 Jika "Tidak", maka saya setuju diberlakukan masa tunggu atas asuransi tambahan tertentu yang saya ambil.

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. 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.
3. Telah mendapatkan penjelasan dan sepenuhnya mengerti serta menerima hal-hal dibawah ini:
Besarnya nilai investasi tidak dijamin, dapat meningkat/menurun sesuai dengan karakteristik dan risiko dari masing-masing jenis dana investasi yang telah Saya/Kami pilih. Segala risiko pemilihan jenis dana investasi sepenuhnya menjadi tanggung jawab Saya/Kami dan karenanya Saya/Kami membebaskan BRI Life, termasuk afiliasi, pemegang saham, direksi, komisaris, agen dan karyawan dari segala tuntutan, gangguan, ancaman dari siapapun dan dalam bentuk apapun yang mungkin timbul baik pada saat ini maupun di kemudian hari.
4. Saya/Kami telah mendapatkan informasi menyeluruh tentang Pengalihan Polis/Policy Replacement dan menyetujui seluruh akibat yang nantinya dapat membatalkan pertanggungan ini.
5. Transaksi investasi akan dijalankan sesudah Surat Permintaan Asuransi Jiwa disetujui dan premi yang dibayarkan telah diterima di rekening perusahaan. Jumlah unit yang akan didapat ditentukan berdasarkan Harga Unit yang berlaku pada Tanggal Perhitungan setelah Permohonan disetujui dan pembayaran premi diterima di rekening BRI Life.
6. Saya/Kami menyetujui untuk membayar semua biaya-biaya yang timbul sehubungan dengan perlindungan asuransi Unit Link ini termasuk tetapi tidak terbatas pada biaya akuisisi
7. Apabila premi pertama belum Saya/Kami lunasi kepada BRI Life maka pertanggungan belum berlaku walaupun pengajuan SPAJ telah disetujui BRI Life. BRI Life hanya menerima pembayaran premi asuransi melalui Virtual Account atau Pendebetan dan tidak menerima pembayaran premi asuransi secara tunai.
8. Dokter yang pernah dan akan memeriksa Saya/Kami diperkenankan mengadakan pemeriksaan medis yang diperlukan terhadap Tertanggung atau Pemegang Polis di kemudian hari.
9. 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 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.
10. 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 BRILife dalam rangka pengajuan SPAJ ini, pembayaran klaim, pelayanan nasabah, maupun penawaran produk lain kepada Saya/Kami
11. 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.
12. Setuju Polis dikirim dalam bentuk Elektronik Polis (E-Polis)

I. KETENTUAN PERTANGGUNGAN SEBELUM SPAJ DISETUJUI

1. Bila Calon Tertanggung meninggal dunia karena kecelakaan sebelum Polis diterbitkan, maka manfaat meninggal dunia yang akan dibayarkan BRI Life adalah Manfaat Meninggal Dunia karena kecelakaan. Jumlah Manfaat Meninggal Dunia karena Kecelakaan yang dibayarkan adalah sebesar Uang Pertanggungan Dasar untuk Manfaat Meninggal Dunia karena Kecelakaan pada Surat Permintaan Asuransi Jiwa, kecuali ditentukan lain dalam 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 :	____/____/____

J. 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

Davestera Proteksi dan Davestera Optima 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 Davestera Proteksi dan Davestera Optima 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 Davestera Proteksi dan Davestera Optima. PT. Bank Rakyat Indonesia (Persero), Tbk. bukan agen PT. Asuransi BRI Life maupun broker dari nasabah PT. Bank Rakyat Indonesia (Persero), Tbk.