

SURAT PERMINTAAN ASURANSI JIWA INDIVIDU

ASURANSI OPTIPRO

- 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 AAJ

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

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 (Untuk jawaban "YA", Mohon untuk melengkapi kolom keterangan/ penjelasan dihalaman berikut)		Calon Tertanggung	
		YA	TIDAK
1. Calon Tertanggung : Tinggi Badan _____ Cm Berat Badan : _____ Kg Apakah pernah terjadi penurunan atau peningkatan berat badan sebanyak > 5 Kg dalam waktu 12 b Personal Number 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? <input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Apakah ada mempunyai kebiasaan : a. Merokok dalam 12 bulan terakhir ? Calon Tertanggung : Bila Ya, _____ Batang per hari, selama _____ tahun <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> c. Pernah atau saat ini menggunakan obat penenang atau narkotika/obat terlarang ? Jika obat-obatan ini diresepkan untuk perawatan medis, berikan detailnya <input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Apakah dalam 5 tahun terakhir : a. Menjalani proses rawat inap (yang tidak disebabkan oleh sakit demam berdarah atau typhus), Pembedahan atau tindakan medis, biopsi? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> c. Menjalani pengobatan ahli jiwa, kemoterapi, radiasi, tradisional, atau pengobatan alternatif? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> d. Mengalami kecelakaan atau keracunan? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Apakah anda pernah diberitahu atau pernah sedang menderita penyakit atau gejala/gangguan pada : a. Mata, telinga, hidung, tenggorokan, mulut (selain sakit flu, batuk dan/atau pilek), dan apnea tidur? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> b. Sistem kemih dan kelamin : batu saluran kemih/ginjal, kencing darah/nanah, sakit prostat, sakit ginjal atau sakit kelamin <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> d. Paru paru : asma, bronchitis, batuk lama, batuk darah, flek paru atau TBC? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> f. Kekebalan dan infeksi : demam yang berlangsung lama, HIV/AIDS, malaria, disentri amuba, alergi, ruam, infeksi jamur, HPV atau lupus? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> g. Jantung dan pembuluh darah : tekanan darah tinggi, penyempitan/ penyumbatan pembuluh darah, berdebar debar, nyeri dada, gangguan kaup jantung, sakit jantung bawaan, cardiomyopati, gangguan peredaran darah? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> h. Tumor, kanker, atau kista? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> i. Transplantasi organ vital tubuh, seperti : sumsum tulang belakang, stem cells, ginjal, paru, hati, jantung? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> l. Lain lain yang tidak disebutkan diatas termasuk kelainan bawaan? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 <input type="text"/>		<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, 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 OptiPro 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 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 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 sebenarnya dan saya telah jelaskan bilamana keterangan dan jawaban yang diberikan kemudian ditemukan tidak benar, akan berakibat ditolaknya 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 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 Pendebitan Rekening / Surat Kuasa Pendebitan Kartu Kredit

TENAGA PEMASARAN	
Nama Jelas	:
Tempat	:
Tanggal	:

SUPERVISOR	
Nama Jelas	:
Tempat	:
Tanggal	: