

NO SPAJ



PT ASURANSI BRI LIFE
Gedung Graha Irama, lantai M, 2, 5, 7, 8, 9, 10, 11 & 15, Jl. H.R. Rasuna Said Blok X – 1 Kav. 1 & 2 Jakarta
12950 Telp. (021) 5261260-61 (hunting), Fax (021) 51400806, website: www.brilife.co.id

SURAT PERMINTAAN ASURANSI JIWA (SPAJ) SYARIAH

UNIT LINK SYARIAH

- Harap mengisi dengan menggunakan tinta warna hitam, huruf cetak dankapital, tulisan tidak keluar dari kotak, jelas dan memberi tanda (V) pada kotak jawaban yang sesuai.
- Harap tidak menandatangani SPAJ Syariah 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 Peserta Asuransi mengajukan Permintaan Asuransi Jiwa kepada BRI LIFE berdasarkan hal-hal dibawah ini sebagai berikut:

PRODUK YANG DIAJUKAN (pilih salah satu): BRI LIFE LINK PROTEKSI SYARIAH (KONTRIBUSI REGULER)

BRI LIFE LINK OPTIMA SYARIAH (KONTRIBUSI TUNGGAL)

Diisi oleh Agen Asuransi

Petugas Asuransi :

Nama	<input type="text"/>
Kode Agen	<input type="text"/>
Nomor AAJI	<input type="text"/>

Data Agen :

SAM	<input type="text"/>
Kantor Agency	<input type="text"/>

A. DATA CALON PEMEGANG POLIS

1 Nama Lengkap (sesuai kartu identitas)

2 Jenis Kartu Identitas

 KTP / e-KTP SIM Paspor dilampiri KITAP/KITAS/KIMS bila WNA

3 Nomor Kartu Identitas

Tanggal Kadaluarsa (tgl/bln/thn)

 - -

4 Tempat & Tanggal Lahir (tgl/bln/lhr)

 - -

5 Kewarganegaraan

 WNI WNA Negara

6 Jenis Kelamin

 Pria Wanita

7 Agama

 Islam Katolik Kristen Hindu Budha Lainnya, _____

8 Status Perkawinan

 Belum Kawin Kawin Duda/Janda

9 Nama Gadis Ibu Kandung

10 Alamat Sesuai Kartu Identitas

 RT RW Kel

 Kec Kota

 Provinsi Kode Pos

11 Alamat Domisili

Diisi apabila alamat berbeda dengan identitas

 RT RW Kel

 Kec Kota

 Provinsi Kode Pos

12 Informasi Kontak

 Telepon -

 Handphone

 Faksimili -

 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

16 Jabatan

Pemegang Polis	Peserta
Nama jelas : _____	Nama jelas : _____
Tempat _____	Tempat _____
Tanggal _____	Tanggal _____

5. Alokasi Dana Investasi yang dipilih :

<input type="checkbox"/> Darlink AMAN Syariah	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%
<input type="checkbox"/> Darlink STABIL Syariah	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%
<input type="checkbox"/> Darlink DINAMIS Syariah	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%
<input type="checkbox"/> Darlink AGRESIF Syariah	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%
<input type="checkbox"/> Lainnya,	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%
Total	1	0	0	0	%

F. DATA KEPEMILIKAN ASURANSI

1. Apakah asuransi Anda pernah ditolak, ditunda, dikenakan ekstra Kontribusi, diubah/dihentikan oleh Perusahaan Asuransi? Peserta
Ya Tidak

Jika Ya, jelaskan alasannya :

2. Apakah Anda sudah memiliki polis di BRI LIFE? Ya Tidak

No Polis	Uang Pertanggungan/ Kebijakan	Dana	Status Polis		
			Aktif	Berakhir	Batal

3. Apakah Anda sudah memiliki polis di perusahaan lain? Ya Tidak

Nama Perusahaan	Mulai Berlaku	Uang Pertanggungan/Dana Kebijakan

G. DATA KESEHATAN CALON PESERTA

1. Apakah Anda dalam keadaan sehat? Peserta
Ya Tidak

Jika "Tidak", jelaskan :

2. Apakah Anda terlibat hobi/kegiatan berisiko tinggi?
(sebagai awak pesawat, terjun payung, mendaki gunung, menyelam, balap, pelayaran, pertambangan, dan arung jeram)

Jika "Ya", mohon melengkapi Formulir Tambahan Ya Tidak

3. Apakah anda perokok

Jika "Ya", batang / hari Telah berjalan Tahun Ya Tidak

4. Tinggi/Berat Badan : Peserta Cm Kg

5. Apakah anda mempunyai kebiasaan minum minuman keras/beralkohol dan sejenisnya? Ya Tidak

Jika "Ya", lengkapi kolom di bawah ini

Konsumsi Per Minggu (ml)	Jenis Minuman			
	Beer	Wine	Chinese Wine	Whisky/Brandy

Jika "Tidak", apakah pernah, kapan berhenti dan mengapa? Ya Tidak

6. Apakah anda pernah menggunakan obat-obat terlarang, narkotik atau obat penenang?

Jika "Ya", jelaskan jenisnya _____

Jumlahnya _____ per hari Ya Tidak

7. 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. Ya Tidak

b. Telinga, Hidung dan Tenggorokan : Termasuk fungsi pendengaran/bicara? Ya Tidak

Pemegang Polis	Peserta
Nama jelas : _____ Tempat : _____ Tanggal : _____	Nama jelas : _____ Tempat : _____ Tanggal : _____

- c. Paru-paru : Termasuk fungsi pernafasan, saluran nafas, batuk lama, bronchitis, asma, batuk darah, dan TBC?
- d. Jantung dan Pembuluh Darah : Termasuk nyeri dada, berdebar tak teratur, sakit jantung, tekanan darah tinggi, darah rendah, penyempitan/penyumbatan/gangguan peredaran darah, varises,ambeian (wasir)?
- e. Organ Perut : Sakit Maag, sakit kuning (liver), muntah darah, hernia, sering diare, mual, muntah-muntah, hepatitis, radang/batu empedu?
- 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?
- 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?
- h. Tulang dan Kulit : Gangguan tulang belakang, patah tulang, polio, amputasi, kelainan kulit, kusta, tahi lalat yang bertumbuh dengan cepat?
- 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?
- j. Sistem Kekebalan dan Infeksi : HIV/AIDS atau gejala kompleks yang berhubungan dengan AIDS (ARC), malaria, disentri amuba, alergi dan lupus?
- k. Pertumbuhan Sel : Tumor, kista, kanker, benjolan atau pertumbuhan sel abnormal lainnya?
- l. Lainnya : Yang belum disebutkan diatas (kelainan bentuk tubuh atau jenis luka apapun, cacat fisik, cacat bawaan, trauma kepala, kecelakaan, dll)?
8. Apakah anda pernah/sedang menderita penyakit/gangguan/kelainan sehingga :
- a. Menjalani rawat inap/rawat jalan, operasi, biopsi, endoskopi?
- 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)
- c. Menjalani pengobatan ahli jiwa, radiasi, kemoterapi, tradisional atau pengobatan alternatif?

Jika pada No. 7 s/d 8 menjawab "Ya", maka jelaskan pada kolom dibawah ini:

Informasi kondisi kesehatan (bila ada jawaban "Ya" pada "Pertanyaan Kesehatan" nomor 7 - 8)

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

9 Dalam 2 (dua) tahun terakhir, apakah :

a. Menerima transfusi darah?

Jika "Ya", jelaskan alasannya:

b. Ditolak untuk donor darah?

Jika "Ya", jelaskan alasannya:

10 Khusus Peserta Wanita :

a. Apakah saat ini sedang hamil?

Jika "Ya", berapa minggu usia kehamilannya?

b. Pernah mengalami kesulitan/komplikasi pada saat hamil/melahirkan?

c. Pernah/sedang menderita penyakit/keluhan pada payudara atau kandungan, termasuk haid tidak teratur?

Jika pada point b & c anda menjawab

menjawab "Ya", jelaskan :

11 Khusus Peserta 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

12 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.

Jika "Ya", jelaskan siapa, penyakit yang diderita, usia saat ini, keadaan saat ini :

Pemegang Polis	Peserta
Nama jelas : _____	Nama jelas : _____
Tempat : _____	Tempat : _____
Tanggal : _____	Tanggal : _____

H. PERNYATAAN CALON PEMEGANG POLIS DAN CALON PESERTA

Dengan ini Saya/Kami menyatakan dan menyetujui bahwa :

1. Sepakat untuk melakukan ta'awun (saling menolong), takaful (saling menanggung) dan ta'min (saling melindungi) dalam menghadapi musibah yang diwujudkan dengan Akad Tabarru' sesama Peserta Asuransi Syariah BRI Life dan memberikan kuasa kepada BRI LIFE untuk mengelola iuran tabarru' yang Saya/Kami hibahkan dari sebagian dana Investasi Saya kedalam rekening khusus di BRI LIFE, yakni rekening Dana Tabarru' yang dipergunakan untuk memberikan Dana Kebajikan sesama Peserta apabila mengalami musibah.
2. Saya/Kami dan BRI LIFE sepakat menggunakan Akad Wakalah Bil Ujroh, yakni mewakili objek kuasa dan wewenangnya kepada BRI LIFE yang meliputi namun tidak terbatas pada kegiatan: administrasi, pengelolaan dana tabarru', pengelolaan investasi dana tabarru', pengelolaan investasi dana investasi peserta, pembayaran klaim, underwriting, pengelolaan portofolio risiko dan/atau pemasaran. Atas tugas dan tanggungjawab tersebut BRI LIFE berhak mendapatkan Ujroh (fee) sebesar % (persen) tertentu dari kontribusi yang Saya bayarkan, sebagaimana telah dijelaskan oleh BRI LIFE dan akan tercantum dalam polis.
3. Kontribusi Asuransi Syariah yang saya bayarkan kepada BRI LIFE akan dipisahkan menjadi Dana Tabarru, Dana Investasi Peserta dan Ujroh (Biaya) untuk BRI LIFE dan Saya/Kami menyetujui untuk membayar semua biaya-biaya (Ujroh) lain yang timbul sehubungan dengan perlindungan program asuransi syariah ini.
4. Apabila pada akhir tahun buku, terdapat kelebihan (surplus) dalam pengelolaan Dana Tabarru' (Surplus Underwriting), maka Saya/Kami setuju dan mengikhtisarkan untuk membaginya sebesar persentase 30% kepada Pemegang Polis, 30% BRI LIFE dan sisanya dikembalikan ke Dana Tabarru', Adapun ketentuan dan tata cara akan diatur dalam Polis.
5. Apabila Dana Tabarru' tidak cukup untuk membayar Manfaat Asuransi (Dana Kebajikan), maka BRI LIFE akan menalangi kekurangan pembayaran kekurangan Dana Kebajikan tersebut dengan menggunakan akad Qardh dan pengembaliannya Saya/Kami setuju dibayarkan dari total Surplus Underwriting sebelum dibagikan kepada pihak manapun.
6. Telah membaca, mengerti dan menjawab seluruh pertanyaan pada SPAJ Syariah 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 asuransi/Polis/Kepesertaan sejak awal dan/atau melakukan tindakan lainnya sesuai dengan ketentuan dalam Polis.
7. Telah mendapatkan penjelasan dan sepenuhnya mengerti serta menerima hal-hal dibawah ini :
Besar 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 pada saat ini maupun di kemudian hari.
8. Transaksi investasi akan dijalankan sesudah Surat Permintaan Asuransi Jiwa Syariah disetujui dan Kontribusi yang dibayarkan telah diterima di rekening BRI LIFE. Jumlah unit yang akan didapat ditentukan berdasarkan Harga Unit yang berlaku pada Tanggal Perhitungan setelah Permohonan disetujui dan pembayaran Kontribusi diterima di rekening BRI LIFE.
9. Apabila total Kontribusi pertama belum Saya/Kami bayarkan ke rekening atas nama BRI LIFE, maka Asuransi belum berlaku walaupun pengajuan SPAJ Syariah telah disetujui BRI LIFE.
10. Dokter yang pernah dan akan memeriksa Saya/Kami diperkenankan mengadakan pemeriksaan medis yang diperlukan terhadap Peserta atau Pemegang Polis dikemudian hari.
11. Saya/Kami menyatakan bahwa pembayaran Kontribusi untuk Polis yang Saya/Kami ajukan berdasarkan Surat Permintaan Asuransi Jiwa Syariah 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.
12. 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 Syariah 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.

I. KETENTUAN ASURANSI SEBELUM SPAJ SYARIAH DISETUJUI

1. Penerimaan Kontribusi Pertama belum menjamin berlakunya Asuransi. Bila Calon Peserta meninggal sebelum Polis diterbitkan, maka manfaat meninggal yang akan dibayarkan BRI LIFE adalah yang memenuhi syarat-syarat dibawah ini:
 - a) Surat Permintaan Asuransi Jiwa Syariah telah dilengkapi dan ditandatangani oleh Pemohon/Calon Pemegang Polis dan Peserta; dan
 - b) Kontribusi Pertama telah dibayar lunas dan Pemegang Polis telah menerima dokumen bukti pembayaran yang dikeluarkan oleh Bank serta diakui oleh BRI LIFE; dan
 - c) Seluruh syarat dan ketentuan dalam pengajuan asuransi jiwa telah dipenuhi oleh Pemohon/Calon Pemegang Polis dan diterima oleh BRI LIFE; dan
 - d) Calon Peserta dalam keadaan dapat diasuransikan sesuai dengan ketentuan yang berlaku di BRI LIFE.
2. Jumlah Manfaat Meninggal yang dibayarkan adalah sebesar Uang Asuransi (Dana Kebajikan) Dasar untuk Manfaat Meninggal pada Surat Permintaan Asuransi Jiwa Syariah, kecuali ditentukan lain dalam Polis. Manfaat Meninggal yang dimaksud tidak termasuk Manfaat Meninggal karena Kecelakaan ataupun Manfaat Meninggal karena Penyakit Kritis.
3. Jika Calon Peserta meninggal akibat melakukan bunuh diri (baik sadar ataupun tidak), akibat Calon Peserta melakukan kejahatan, akibat menjalani eksekusi hukuman mati oleh pengadilan, akibat tindak kejahatan atau pembunuhan yang dilakukan oleh orang yang berkepentingan dalam Asuransi, atau akibat penyakit yang telah diderita sebelumnya (pre-existing condition), maka kewajiban BRI LIFE hanya pada pengembalian jumlah penerimaan Kontribusi yang telah dibayarkan Pemohon/Calon Pemegang Polis tanpa imbalan tambahan apapun.

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.

Dengan mengesampingkan pasal 1813 KUH Perdata, maka pemberi kuasa ini tidak dapat dicabut/dibatalkan dan tetap berlaku meskipun Saya/Kami meninggal dunia. Fotokopi dari pernyataan dan pemberian kuasa ini mempunyai kekuatan hukum yang sama kuat dan sah seperti aslinya.

Pemegang Polis	
Nama jelas :	_____
Tempat	_____
Tanggal	_____

Peserta	
Nama jelas :	_____
Tempat	_____
Tanggal	_____

Keterangan:

- TANDA TANGAN HANYA SETELAH DILENGKAPI (tidak dalam keadaan SPAJ Syariah Kosong) DAN YAKIN JAWABAN TELAH SESUAI DENGAN SEBENARNYA.

J. PERNYATAAN AGEN ASURANSI:

1. Saya menyatakan bahwa semua keterangan yang terdapat di dalam Surat Permintaan Asuransi Jiwa Syariah ini adalah keterangan yang diberikan oleh Pemohon/Calon Pemegang Polis dan/atau Calon Peserta, 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 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.

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.

Agen Asuransi	
Nama jelas :	_____
Tempat	_____
Tanggal	_____