

SURAT PENGAJUAN ASURANSI JIWA (SPAJ) INVESTA



(Khusus Untuk Produk Tradisional)

Nomor SPAJ :

Nama Produk :		Kode Produk :	
Kantor Pemasaran :		Nomor Polis :	

Mohon mengisi dengan menggunakan tinta hitam, huruf cetak, dan tulisan dalam kotak, serta beri tanda (✓) pada kolom jawaban yang sesuai. Jika terjadi kesalahan penulisan, jangan dihapus tetapi dicoret dan bubuhkan tanda tangan Calon Pemegang Polis dan / atau Calon Tertanggung di sebelah penulisan yang sesuai, data diisi sesuai dengan kartu Identitas Diri (ID) yang dilampirkan. KETIDAKLENGKAPAN PENGISIAN SPAJ DAPAT MENYEBABKAN TERHAMBATNYA PROSES PENGAJUAN SPAJ.

JANGAN MENANDATANGANI SPAJ INI DALAM KEADAAN KOSONG!

I. DATA CALON PEMEGANG POLIS

a. ID Calon Pemegang Polis /No. Klien:	
b. Nama Lengkap (Sesuai Identitas Diri (ID) yang masih berlaku dan yang dilampirkan)	
c. Tempat Lahir	Tanggal / /
d. Jenis Identitas	☐ KTP ☐ SIM ☐ Paspor ☐ Lainnya, sebutkan _____
f. No. Identitas	
e. Jenis Kelamin:	☐ Laki-laki ☐ Perempuan
g. Agama	☐ Islam ☐ Kristen ☐ Katolik ☐ Hindu ☐ Budha ☐ Lainnya _____
h. Status Perkawinan	☐ Lajang ☐ Menikah ☐ Janda/Duda
i. Kewarganegaraan:	☐ Indonesia ☐ WNA, Negara _____
j. Jenis Pekerjaan	☐ PNS ☐ Pegawai Swasta ☐ Wiraswasta ☐ TNI/POLRI ☐ Pelajar/ Mahasiswa
1. Bidang Usaha	☐ Ibu Rumah Tangga ☐ Lainnya, sebutkan _____
2. Nama Perusahaan	
3. Rincian Tugas	☐ Administrasi ☐ Lapangan ☐ Supervisor ☐ Lainnya, jelaskan _____
4. Jabatan	
k. Nama Ibu Kandung	
l. NPWP (Wajib diisi)	

II. ALAMAT CALON PEMEGANG POLIS (Wajib diisi dengan jelas dan lengkap, alamat PO BOX tidak diperkenankan)

a. Alamat sesuai ID	Kompl/Jl/Blok :
	Kel/Kec :
Kota	No RT RW
Provinsi	Kode Pos
b. Alamat Korespondensi	Kompl/Jl/Blok :
(diisi jika berbeda dengan alamat ID)	Kel/Kec :
Kota	No RT RW
Provinsi	Kode Pos
c. No Telepon (wajib diisi) Rumah :	
HP (1)	Kantor :
(digunakan jika memilih bentuk Polis Elektronik)	Whatsapp (WA) :
Email Pribadi	
(wajib diisi jika memilih bentuk Polis Elektronik)	

III. DATA CALON TERTANGGUNG (diisi jika berbeda dengan Calon Pemegang Polis)

a. ID Calon Tertanggung/No. Klien	
b. Nama Lengkap (Sesuai Identitas Diri (ID) yang masih berlaku dan yang dilampirkan)	
c. Tempat Lahir	Tanggal / /
d. Jenis Identitas	☐ KTP ☐ SIM ☐ Paspor ☐ Lainnya, sebutkan _____
f. No. Identitas	
e. Jenis Kelamin:	☐ Laki-laki ☐ Perempuan
g. Agama	☐ Islam ☐ Kristen ☐ Katolik ☐ Hindu ☐ Budha ☐ Lainnya _____
h. Status Perkawinan	☐ Lajang ☐ Menikah ☐ Janda/Duda
i. Kewarganegaraan:	☐ Indonesia ☐ WNA, Negara _____
j. Jenis Pekerjaan	☐ PNS ☐ Pegawai Swasta ☐ Wiraswasta ☐ TNI/POLRI ☐ Pelajar/ Mahasiswa
1. Bidang Usaha	☐ Ibu Rumah Tangga ☐ Lainnya, sebutkan _____
2. Nama Perusahaan	
3. Rincian Tugas	☐ Administrasi ☐ Lapangan ☐ Supervisor ☐ Lainnya, jelaskan _____
4. Jabatan	
k. Nama Ibu Kandung	
l. Hubungan Calon Pemegang Polis dengan Calon Tertanggung :	☐ Suami/Istri ☐ Orang Tua ☐ Anak ☐ Lainnya, sebutkan _____
(jika Calon Pemegang Polis berbeda dengan Calon Tertanggung)	

IV. DATA PEMBAYAR PREMI

Sehubungan dengan pelaksanaan atas ketentuan hukum yang berlaku yang mengatur Prinsip Mengenal Nasabah, maka PT Bhinneka Life Indonesia menerapkan kewajiban bagi seluruh Calon Nasabah untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan di bawah ini :

- a. Tujuan Pengajuan Asuransi : ☐ Proteksi/Perlindungan ☐ Tabungan ☐ Pendidikan ☐ Dana Pensiun ☐ Investasi ☐ Lainnya, sebutkan _____
(dapat dipilih lebih dari satu)
- b. Calon Pembayar Premi adalah : ☐ Calon Pemegang Polis ☐ Calon Tertanggung ☐ Lainnya, (wajib mengisi form Beneficial Owner)
- c. Sumber dana pembayaran premi : ☐ Gaji ☐ Bonus/Komisi ☐ Warisan ☐ Usaha ☐ Investasi ☐ Lainnya _____
(dapat dipilih lebih dari satu)
- d. Penghasilan kotor per tahun :
- e. Penghasilan Lainnya :
- f. Cara Pembayaran Premi Pertama melalui pemindahbukuan/transfer ke Nomor Virtual Account di :
1. Bank BNI : 8 9 6 2 3 3
2. Bank BRI : 8 8 8 2 2
- g. Apabila terdapat pengembalian premi/manfaat pertanggungan, mohon ditransfer ke rekening : ***(WAJIB DIISI)**
- Nama Pemilik Rekening :
- Nomor Rekening :
- Bank :

* Pengembalian Premi Pertama & Lanjutan

1. Pembayaran Premi Wajib ditujukan ke Nomor Virtual Account PT Bhinneka Life Indonesia

Nasabah diminta untuk tidak melakukan pembayaran premi ke Nomor Rekening Tenaga Pemasar/Karyawan PT Bhinneka Life Indonesia atau nomor rekening lain yang bukan an. PT Bhinneka Life Indonesia PT Bhinneka Life Indonesia hanya bertanggung jawab/mengakui premi yang telah dibayar dan diterima di Rekening PT Bhinneka Life Indonesia. PT Bhinneka Life Indonesia tidak bertanggung jawab atas pembayaran premi yang dilakukan secara atau melalui tunai/cek/pribadi/pihak manapun termasuk namun tidak terbatas kepada petugas Tenaga Pemasar/Karyawan PT Bhinneka Life Indonesia

2. Pembayaran melalui Nomor Virtual Account

Pembayaran Premi Pertama/Lanjutan dapat ditujukan ke Nomor Virtual Account yang bersifat unik dan akan diberikan secara khusus untuk setiap Surat Pengajuan Asuransi Jiwa (SPAJ). Pembayaran ke Nomor Virtual Account bisa dilakukan melalui Kantor Cabang Bank manapun, atau melalui ATM yang berada dalam jaringan ATM Bersama.

V. DATA PERTANGGUNGAN

- a. Mata Uang : ☐ Rupiah ☐ US Dollar
- b. Asuransi Dasar : Uang Pertanggungan Premi Tunggal
 Total Premi
 Biaya Polis
- c. Masa Garansi Investasi (MGI) : ☐ 1 Bulan ☐ 3 Bulan ☐ 6 Bulan ☐ 12 Bulan ☐ 24 Bulan ☐ 36 Bulan
- d. Pilihan pada saat jatuh tempo Masa Investasi : ☐ 1. Memperpanjang (Roll Over) Nilai Polis ☐ 2. Memperpanjang (Roll Over) Premi dan mengambil Imbal Hasil
☐ 3. Mengambil Nilai Polis
- untuk Pilihan No. 1 atau 2, akan ditransfer ke rekening Bank yang tercantum pada Bagian IV.g. SPAJ ini

VI. DATA CALON PENERIMA MANFAAT

No	Nama Lengkap Sesuai ID	L/P	Tanggal lahir	Hubungan dengan Calon Tertanggung
1				
2				
3				
4				
5				

VII. DATA ASURANSI LAINNYA (diisi jika ada)

Apakah Calon Tertanggung memiliki Polis dan/atau sedang mengajukan Pengajuan Asuransi Jiwa ? Jika "Ya", Sebutkan

No	No Polis	Nama Perusahaan Asuransi	Polis Atas Nama Tertanggung	Uang Pertanggungan

VIII. PERNYATAAN KESEHATAN CALON TERTANGGUNG

- a. Apakah dalam 5 tahun terakhir Anda pernah dioperasi/dirawat di rumah sakit/dalam masa pengobatan/dianjurkan untuk berobat/melakukan pemeriksaan kesehatan tertentu ? Jika Ya, Jelaskan : ☐ Ya ☐ Tidak
- b. Apakah Anda pernah atau sedang menderita salah satu atau beberapa penyakit : cacat, tumor/kanker, TBC, asma, kencing manis, hati, ginjal, jantung, stroke, tekanan darah tinggi, gangguan jiwa atau penyakit lainnya? Jika Ya, Jelaskan : ☐ Ya ☐ Tidak
- c. Apakah Anda sudah mempunyai atau sedang mengajukan Polis Asuransi Kecelakaan/Kesehatan baik di asuransi PT Bhinneka Life Indonesia maupun di perusahaan asuransi lainnya ? ☐ Ya ☐ Tidak
Jika Ya, sebutkan nama perusahaan, jenis asuransi, uang pertanggungan, tarif premi yang dikenakan (Standar/Ekstra Premi/Ditolak) dan jelaskan alasannya :

PERNYATAAN DAN KUASA (Harap dibaca dengan teliti sebelum menandatangani SPAJ ini)

1. Saya menyatakan bahwa :
- a. Saya telah membaca, mengerti dan menjawab seluruh pertanyaan pada SPAJ ini beserta lampirannya dengan lengkap dan benar serta seluruh keterangan, pernyataan dan penjelasan telah Saya baca dan periksa kembali kebenarannya sebelum menandatangani SPAJ ini. Seluruh keterangan, pernyataan dan penjelasan dalam SPAJ menjadi dasar perjanjian asuransi dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis yang dimintakan. Dalam hal terdapat atau ditemukannya

ketidaksihayaan dan/atau ketidaki kebenaran atas keterangan, pernyataan dan penjelasan serta dokumen-dokumen terkait lainnya atau terdapat hal-hal yang Saya tidak beritahu, maka Saya akan tunduk pada ketentuan Polis dan Saya akan menanggung segala risikonya.

- b. Seluruh salinan dokumen yang diberikan sehubungan dengan penutupan asuransi ini dan semua salinan atas dokumen tersebut adalah sesuai asli dan masih berlaku.
 - c. Saya tidak akan memberikan keterangan, pernyataan dan penjelasan kepada Tenaga Pemasar atau orang lain yang mempunyai hubungan dengan PT Bhinneka Life Indonesia yang bertujuan mengubah keterangan, pernyataan dan penjelasan dalam SPAJ ini.
 - d. Transaksi keuangan yang dilakukan di PT Bhinneka Life Indonesia tidak berasal dan/untuk tujuan tindak pidana pencucian uang (money laundering) sebagaimana dimaksud UU No. 8 tahun 2010 jo. UU tentang Pencegahan dan Pemberantasan Tindak Pidana Pencucian Uang dan Pendanaan Teroris sebagaimana dimaksud UU No. 9 Tahun 2013 tentang Pencegahan dan Pemberantasan Tindak Pidana Pendanaan Teroris. Apabila ada indikasi pelanggaran atas undang-undang tersebut diatas maka PT Bhinneka Life Indonesia akan melaksanakan kewajibannya sesuai dengan ketentuan yang berlaku, termasuk namun tidak terbatas untuk melakukan kewajiban pelaporan atas transaksi keuangan yang mencurigakan hingga menolak atau membatalkan transaksi.
2. Saya mengerti dan telah mendapat penjelasan sepenuhnya dari Tenaga Pemasar PT Bhinneka Life Indonesia dan selanjutnya menyatakan setuju mengenai hal-hal yang tersebut di bawah ini :
- a. Semua informasi yang tertulis di dalam SPAJ dan kepada Pemeriksa Kesehatan yang ditunjuk oleh PT Bhinneka Life Indonesia (jika ada) akan menjadi dasar dan ketentuan-ketentuan dalam Polis.
 - b. Pertanggungan menjadi batal apabila keterangan, pernyataan atau pemberitahuan yang disampaikan ternyata keliru yang sifatnya sedemikian rupa sehingga Asuransi dan/atau Polis tidak akan diadakan atau tidak diadakan dengan syarat-syarat yang sama bila PT Bhinneka Life Indonesia mengetahui keadaan yang sesungguhnya dari hal itu.
 - c. Pertanggungan tidak akan dimulai sebelum Polis diterbitkan yang menandakan perlindungan telah berlaku.
 - d. Untuk setiap penarikan sebelum 3 (tiga) tahun, akan dikenakan pajak penghasilan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan atas kelebihan saldo investasi terhadap total Premi yang dibayarkan, kecuali ditentukan lain berdasarkan peraturan Perundang-undangan yang berlaku.
3. Saya mengerti dan telah mendapat penjelasan mengenai :
- a. Semua pembayaran Premi sudah harus diterima di rekening Penanggung dan sudah teridentifikasi
 - b. Seluruh manfaat Asuransi hanya dapat diberikan jika seluruh Biaya Asuransi dipenuhi.
 - c. Manfaat Asuransi Dasar dan rider termasuk syarat-syarat dan pengecualian-pengecualian yang tercantum di dalam Polis Asuransi

4. Saya menyetujui :
- a. Untuk melampirkan Formulir Pernyataan Kesehatan apabila sebelum Polis diterbitkan terdapat perubahan kesehatan pada diri Saya dan/atau Calon Tertanggung.
 - b. Untuk melampirkan Formulir Pernyataan Kesehatan apabila jarak antara pengisian SPAJ dengan diterimanya di Kantor Pusat PT Bhinneka Life Indonesia lebih dari 60 hari.
 - c. Apabila ternyata Saya dan /atau Calon Tertanggung melakukan pemeriksaan kesehatan sebelum Polis terbit di luar pengetahuan PT Bhinneka Life Indonesia di mana hasil pemeriksaan tersebut dapat mempengaruhi/mengubah keputusan underwriting, maka Polis akan dinilai ulang oleh PT Bhinneka Life Indonesia dan penilaian ulang tersebut dapat menyebabkan pembatalan Polis.
 - d. Bahwa Saya dapat mengurungkan maksud Saya untuk mempertanggungkan diri Calon Tertanggung berdasarkan Polis yang akan diterbitkan oleh Penanggung dengan mengembalikan Polis yang Saya terima dalam jangka waktu 14 (empat belas) hari kerja sejak tanggal Polis diterima, sepanjang Saya tidak pernah mengajukan klaim atas manfaat asuransi yang ditanggung dalam Polis.
 - e. Manfaat Asuransi Dasar dan rider sampai dengan usia Calon Tertanggung, Uang Pertanggungan, Premi Berkala dan Top Up Premi Berkala digunakan sebagai acuan dalam proses penerbitan Polis.
 - f. Biaya Polis dan biaya materai merupakan beban Calon Pemegang Polis.
5. PT Bhinneka Life Indonesia memahami bahwa privasi dan penggunaan informasi pribadi Pemegang Polis, Tertanggung dan Penerima Manfaat merupakan hal yang penting bagi Pemegang Polis sebelum melanjutkan pengajuan asuransi ini.
- PT Bhinneka Life Indonesia memastikan bahwa pengumpulan dan penggunaan informasi pribadi Pemegang Polis, Tertanggung dan Penerima Manfaat merupakan hal yang penting dalam penyelenggaraan asuransi di PT Bhinneka Life Indonesia dalam rangka mengevaluasi, menerbitkan dan mengadministrasikan polis yang telah diajukan oleh Pemegang Polis dengan tetap memperhatikan peraturan perundang-undangan yang berlaku terkait Pelindungan Data Pribadi.

Dengan menandatangani pernyataan di bawah ini dan melengkapi informasi pribadi pada pengajuan aplikasi ini, maka :

Dengan ini Saya/ Kami (Pemegang Polis/ Tertanggung/ Penerima Manfaat/ Pembayar Premi) menyetujui untuk memberikan kuasa dan izin kepada PT Bhinneka Life Indonesia untuk:

- a. Memperoleh, menggunakan dan menyimpan data pribadi (antara lain nama, alamat, nomor telepon, dan data lainnya) yang Saya berikan dalam SPAJ ini untuk melakukan pemrosesan dan memberikan pelayanan atas Pengajuan Asuransi dan/atau Polis setelah diterbitkan dan memberi informasi produk terbaru dan informasi terkait lainnya dari waktu ke waktu.
- b. Memberikan data pribadi (antara lain nama, alamat, nomor telepon, dan/atau data Polis) termasuk informasi / keterangan yang telah diperoleh PT Bhinneka Life Indonesia kepada pihak-pihak lain (termasuk namun tidak terbatas pada tenaga pemasar, perusahaan reasuransi, perusahaan asuransi lainnya, lembaga, Bank atau badan hukum lain baik di dalam maupun di luar negeri) yang memiliki hubungan kerjasama dengan PT Bhinneka Life Indonesia dalam rangka pengajuan asuransi, administrasi polis, pemrosesan klaim, penganalisaan data, pencegahan tindakan pelanggaran peraturan perundang-undangan, layanan nasabah, maupun penawaran produk lain kepada Saya/Kami melalui sarana komunikasi seperti namun tidak terbatas kepada surat, email, short message service (SMS), voicemail dan/atau telepon.

Dengan ini Saya/Kami (Pemegang Polis/Tertanggung/Penerima Manfaat/Pembayar Premi) menyatakan bahwa :

☐ Setuju ☐ Tidak Setuju

Jika persetujuan diatas tidak diisi, maka Calon Nasabah dianggap setuju untuk dilakukan konfirmasi lebih lanjut.

6. Dengan ini Saya/ Kami (Pemegang Polis dan/atau Tertanggung) memberikan kuasa kepada dokter, klinik/laboratorium, Rumah Sakit, Puskesmas, Institusi Medis lain, perusahaan asuransi, Badan hukum, instansi lain atau perorangan yang mempunyai catatan/keterangan tentang diri Saya dan/atau Calon Tertanggung berhubungan dengan riwayat kesehatan, penyakit, atau perawatan Saya dan/atau Calon Tertanggung untuk diberikan kepada PT Bhinneka Life Indonesia atau petugas yang ditunjuk oleh PT Bhinneka Life Indonesia. Surat kuasa ini tidak akan berakhir dengan sebab apapun, termasuk meninggalnya Saya dan/atau Calon Tertanggung, maupun sebab-sebab yang disebutkan dalam pasal 1813, 1814, dan 1816 Kitab Undang-undang Hukum Perdata Indonesia. Salinan kuasa ini berlaku sama kuat dan sah seperti dengan aslinya.

7. Saya setuju untuk menerima dokumen Polis dan dokumen pendukung lainnya sebagaimana data yang saya sampaikan di atas melalui (pilih salah satu) :

1. Proses Elektronik (e-polis) : ☐ E-mail ☐ SMS (Short Message Service)
2. ☐ Proses Cetak & Pengiriman
(dikenakan biaya yang besarnya ditentukan oleh Penanggung)

Dalam hal Pemegang Polis memilih untuk menerima Polis secara elektronik, maka bagian Polis yang berupa Ringkasan Polis tetap akan disampaikan oleh Penanggung dalam bentuk hardcopy kepada Pemegang Polis.

Apabila Pemegang Polis, Tertanggung, Penerima Manfaat hendak mengakses atau merubah informasi pribadi atau merubah dan/atau menarik sebagian persetujuan Pemegang Polis, Tertanggung dan Penerima Manfaat untuk penggunaan informasi pribadi, Anda dapat menghubungi PT Bhinneka Life Indonesia melalui telepon di 021 - 50997777 dan email ke care@bhinnekalife.com

Atas pembayaran Premi Pertama yang telah diterima oleh Penanggung sebelum adanya keputusan penerimaan pertanggungan, maka kepada Calon Tertanggung akan diberikan pertanggungan asuransi sementara dengan manfaat meninggal dunia karena kecelakaan. Uang Pertanggungan yang akan diberikan maksimum Rp50.000.000,00 (lima puluh juta rupiah) dengan syarat dan ketentuan yang berlaku dapat diakses pada <http://bit.ly/PTGSMTR>

Ditandatangani di kota

Tanggal

 / /

Tanggal/ Bulan/ Tahun

Calon Tertanggung

Tanda Tangan & Nama Jelas

Calon Pemegang Polis

Tanda Tangan & Nama Jelas

LAPORAN DAN PERNYATAAN AGEN/PENUTUP (diisi oleh agen/penutup)

1. Adakah hubungan keluarga Calon Tertanggung dengan Saudara ?
2. Bagaimana kesan Saudara mengenai tabiat dan kehidupan pribadi Calon Tertanggung ?
3. Apakah Calon Tertanggung dalam keadaan sehat jasmani dan rohani pada waktu menandatangani Surat Pengajuan Asuransi Jiwa ini ?
4. Adakah tanda-tanda luar dari Calon Tertanggung yang Saudara ketahui tentang penyakit yang mungkin sedang dideritanya ?
5. Kalau Calon Tertanggung itu wanita apakah dia sedang mengandung (hamil) ?
6. Bagaimana pendapat dan saran Saudara secara jujur tentang permintaan Calon Pemegang Polis serta berikan alasannya ?
7. Sudahkah dijelaskan kepada Calon Pemegang Polis dan Calon Tertanggung tentang keharusan mengisi SPAJ dengan benar dan jujur ?
8. Bagaimana pendapat Saudara tentang kemampuan Calon Pemegang Polis untuk membayar premi lebih lanjut ?
9. Apakah Penutupan ini hasil usaha murni Saudara (jika titipan jelaskan alasannya)?

Saya Agen/ Penutup menyatakan bahwa :

1. Semua keterangan pernyataan dan penjelasan yang terdapat dalam Surat Pengajuan Asuransi Jiwa ini adalah keterangan yang diberikan oleh Calon Pemegang Polis dan/atau Calon Tertanggung kepada Saya.
2. Saya tidak menyembunyikan informasi apapun kepada Calon Pemegang Polis dan/atau Calon Tertanggung serta PT Bhinneka Life Indonesia.
3. Saya telah melakukan verifikasi atas seluruh salinan dari dokumen yang diberikan oleh Calon Pemegang Polis kepada Saya dan menyatakan bahwa salinan tersebut sesuai dengan aslinya dan masih berlaku.
4. Saya menyatakan bahwa berdasarkan hasil pengamatan Saya, Calon Pemegang Polis atau pembayar premi sanggup untuk mempertahankan pembayaran premi sesuai dengan jenis produk yang dipilihnya.
5. Apabila dikemudian hari timbul sengketa yang berkaitan dengan Surat Pengajuan Asuransi Jiwa ini, maka Saya bersedia untuk dimintai keterangan dan pertanggung jawaban atas kebenaran dan keterangan, pernyataan dan penjelasan yang terdapat dalam Surat Pengajuan Asuransi Jiwa ini.
6. Saya telah memberikan penjelasan terkait produk sesuai dengan standar praktik dan kode etik tenaga pemasar serta ketentuan yang berlaku, dengan demikian Saya bertanggung jawab atas segala bentuk pelanggaran dari ketentuan dimaksud.

Ditandatangani di kota

Tanggal

 / /

Tanggal/ Bulan/ Tahun

Atasan Agen / Penutup

Tandatangan

Nama :

Agen / Penutup

Tandatangan

Nama :

Nomor Lisensi Atasan Agen/Penutup

Nomor Lisensi Agen/Penutup

Nomor Atasan Agen/Penutup

Nomor Agen/Penutup

Kode Kantor Pemasaran

Kode Kantor Pemasaran

