



Nomor Polis: 055776

315-4382737

Surat Permintaan Asuransi Jiwa Syariah

PENTING:

Calon Pemegang Polis dan/atau Calon Peserta wajib memberikan data dan informasi yang dibutuhkan dalam permintaan asuransi dengan benar dan lengkap sesuai dengan keadaan sebenarnya. Setiap koreksi penulisan atau pengisian wajib ditandatangani.

Nama FA	<u>NB2 Team</u>	No. Telp	
Kode FA	<u>522115-04-011601</u>	Region	<u>3</u>

Nama Produk :

- ☐ Medical
☒ Non Medical
☒ PBC
☐ Non PBC
☐ Khusus

Marketing Code :

-

*) coret yang tidak perlu

1. Data Calon Peserta

Nama Lengkap (sesuai kartu identitas)	: <u>ORANG SAMA-MSMS</u>		
Nomor Kartu Identitas (KTP/Paspor/Akta Kelahiran**)*	: <u>12345678901234567890</u>		
** Jika calon tertanggung berusia ≤ 17 tahun			
Tempat Lahir	: <u>SDFGDFGDFGD</u>	Tanggal Lahir	: <u>04/05/1980</u>
Jenis Kelamin	: <u>Wanita</u>	Kewarganegaraan	: <u>Indonesia</u>
Agama	: <u>Kristen</u>	Status Perkawinan	: <u>Belum Menikah</u>
Pekerjaan	: <u>Pemilik usaha</u>		
Jabatan	: <u>GSSFSFS</u>		
Nama Perusahaan	: <u>FSDFSFSF</u>		
Alamat Perusahaan	: <u>FSDFSDFSD</u>		
Nomor Telepon Perusahaan	: <u>0121564564</u>		
Lama Bekerja (tahun)	: <u>5</u>		
Bidang Usaha	: <u>Perdagangan</u>		
Rincian Tugas	: <u>GDFGDFGDF</u>		
Alat bantu yang digunakan	: <u>GDSFGDFGDF</u>		
Nama Gadis Ibu Kandung	: <u>GDSFGDFGDSF</u>		
Penghasilan kotor per bulan	: <u>54,166,666</u>	Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP)	: <u>1234567890123456789012</u>
Alamat (sesuai kartu identitas)	: <u>SDFGDFGDFG</u>		
	: <u>GDSFGDFGDF</u>		
	: <u>GDFSGDFG</u>		
	: <u>HSDFGDFGDF</u>		
Kota	: <u>GDFGDFGDFG</u>	Kode Pos	: .
Alamat (tempat tinggal saat ini)	: <u>SDFGDFGDFG</u>		
	: <u>GDSFGDFGDF</u>		
	: <u>GDFSGDFG</u>		
	: <u>HSDFGDFGDF</u>		
Kota	: <u>GDFGDFGDFG</u>	Kode Pos	: .
Apakah calon Peserta adalah Warga Negara Amerika Serikat (USA) atau Wajib Pajak Amerika Serikat (USA)			: <u>Ya</u>
Bila Ya, mohon cantumkan TIN (Taxpayer Identification Number)			: <u>123456789</u>

2. Data Calon Pemegang Polis (diisi jika berbeda dengan Calon Tertanggung)

Nama Lengkap (sesuai kartu identitas)	:		
Nomor Kartu Identitas (KTP/Paspor)*	:		
Tempat Lahir	:	Tanggal Lahir	:
Jenis Kelamin	:	Kewarganegaraan	:
Agama	:	Status Perkawinan	:

Pekerjaan	:		
Jabatan	:		
Nama Perusahaan	:		
Alamat Perusahaan	:		
Nomor Telepon Perusahaan	:		
Lama Bekerja (tahun)	:		
Bidang Usaha	:		
Rincian Tugas	:		
Nama Gadis Ibu Kandung	:		
Penghasilan kotor per bulan	:		Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) :
Hubungan dengan Calon Peserta	:		
Alamat (sesuai kartu identitas)	:		
	:		
	:		
	:		
Kota	:		Kode Pos :
Alamat (tempat tinggal saat ini)	:		
	:		
	:		
	:		
Kota	:		Kode Pos :
Apakah calon Pemegang Polis adalah Warga Negara Amerika Serikat (USA) atau Wajib Pajak Amerika Serikat (USA)	:		<u>Tidak</u>
Bila Ya, mohon cantumkan TIN (<i>Taxpayer Identification Number</i>)	:		

3. Data Sumber Dana dan Tujuan Pembelian Asuransi

a) Apakah pembayar premi dan/atau pemilik dana (*Beneficial Owner*) merupakan badan hukum?
☐ Ya ☒ Tidak Jika "Ya", isi formulir pemilik dana (*Beneficial Owner*) Non Perorangan

b) Apakah pembayar premi dan/atau pemilik dana (*Beneficial Owner*) merupakan orang selain Calon Peserta/Calon Pemegang Polis?
 (diisi jika pertanyaan nomor 3.a dijawab "Tidak")
☒ Ya ☐ Tidak Jika "Ya", isi formulir pemilik dana (*Beneficial Owner*) Perorangan

c) Sumber Dana : Usaha

d) Tujuan Pembelian Asuransi : Tabungan

4. Data Alamat Korespondensi Calon Pemegang Polis

Alamat Korespondensi	:	<u>Rumah</u>	
Alamat Korespondensi 1	:	<u>FASFSDFSDFSD</u>	
Alamat Korespondensi 2	:	<u>FSDFSDF</u>	
Alamat Korespondensi 3	:	<u>GSDGSG</u>	
Alamat Korespondensi 4	:	<u>GASGSDF</u>	
Kota	:	<u>FSDFSDFSDF</u>	Kode Pos :
Nomor Telepon Rumah (termasuk kode wilayah)	:		
Nomor Telepon Kantor (termasuk kode wilayah)	:		
Nomor Telepon Selular	:	<u>0812345</u>	
Surat Elektronik/ <i>Email</i>	:	<u>email@gmail.com</u>	

Untuk pengiriman Polis, apakah Anda setuju dikirimkan melalui surat elektronik/*email*: Tidak

Data yang saya berikan pada Surat Permintaan Asuransi Jiwa Syariah ini adalah benar. Dalam kaitannya dengan produk Asuransi PT AXA Mandiri Financial Services ("Perusahaan") yang saya beli, selain terkait dengan penyediaan layanan terkait produk saya tersebut dan/atau disyaratkan oleh badan/instansi pemerintah sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku di Indonesia, maka saya memberikan persetujuan kepada Perusahaan untuk :

a. Memberikan informasi atau data-data saya tersebut kepada pihak ketiga.
☐ Setuju ☒ Tidak Setuju

b. Bersedia untuk menerima penawaran atau informasi produk lain dan/atau layanan melalui sarana komunikasi pribadi, termasuk melalui surat elektronik/*email*, telepon, pesan elektronik/*short message system* (sms) dan pesan suara/*voice mail*, baik dari Perusahaan maupun dari badan hukum lain yang merupakan grup atau afiliasi dari Perusahaan.
☐ Setuju ☒ Tidak Setuju

5. Data Calon Termaslahat

Nama Termaslahat	Pria / Wanita	Tanggal Lahir	Hubungan dengan Calon Peserta	Persentase (%)
1. <u>GFGSDF</u>	<u>W</u>	<u>06/07/2017</u>	<u>Saudara laki-laki</u>	<u>100</u>
2.				
3.				
Total				<u>100%</u>

Catatan : Dalam hal termaslahat lebih dari 3, mohon untuk mengisi dalam Formulir Perubahan dan Penambahan Surat Permintaan Asuransi Jiwa

6A. Data Pertanggungan

Mata Uang <input checked="" type="checkbox"/> Rupiah <input type="checkbox"/> USD			
Asuransi Dasar	Kode	Uang Pertanggungan	Jumlah Kontribusi
<input type="checkbox"/> Mandiri Rencana Sejahtera Syariah Plus	HONMS		
<input type="checkbox"/> Mandiri Sejahtera Cerdas Syariah NS Tahun	ULKDSNS		
<input checked="" type="checkbox"/> Mandiri Sejahtera Mapan Syariah	HONMNS	<u>450000000.00</u>	<u>14075000.00</u>
<input type="checkbox"/> Mandiri Investasi Sejahtera Syariah	HONOS		
<input type="checkbox"/> Lainnya			
Asuransi Tambahan	Kode	Uang Pertanggungan	Jumlah Kontribusi
<input checked="" type="checkbox"/> tambah satu produk HONMEPS		<u>450000000.00</u>	<u>270000.00</u>
<input type="checkbox"/> Asuransi Mandiri Elite Plan Syariah			
<input type="checkbox"/> Perlindungan Bagi Pembayar Kontribusi	WPDD21S		
<input checked="" type="checkbox"/> Prima Sejahtera Plus Syariah	ELIS	<u>450000000.00</u>	<u>1476000.00</u>
<input type="checkbox"/> Perlindungan Kesehatan			
<input checked="" type="checkbox"/> <u>Bronze</u> <input type="checkbox"/> <u>Gold</u>			<u>179000.00</u>
<input type="checkbox"/> <u>Silver</u> <input type="checkbox"/> <u>Platinum</u>			
<input checked="" type="checkbox"/> Lainnya			
TOP UP			
<input checked="" type="checkbox"/> Berkala			<u>6500000.00</u>
<input checked="" type="checkbox"/> Tunggal			<u>3500000.00</u>
Total Kontribusi yang dibayar			<u>26000000.00</u>

6B. Alokasi Dana Investasi

	Alokasi (%)
Advanced Commodity Syariah Rupiah	<u>60</u> %
Attractive Money Syariah Rupiah	<u>20</u> %
Active Money Syariah Rupiah	<u>20</u> %
Amanah Equity Syariah Rupiah	<u> </u> %
Lainnya:	<u> </u> %
Total Seluruh Alokasi Investasi	100 %

6C. Pembayaran Kontribusi

Cara	: <u>Semesteran</u>
Metode	: <u>Otodebit Kartu Kredit</u>
Nomor Kartu Kredit	<u>12345678901234</u>
Masa Berlaku	<u>01/2019</u>
Nama yang tertera pada Kartu Kredit	<u>BDFGSFSDFDS</u>

wording dan layout
disamakan dengan
SPAJ Manual

6D. Ujrah

1.	a. Ujrah kontribusi Asuransi Mandiri Rencana Sejahtera Syariah Plus/Asuransi Mandiri Sejahtera Mapan Syariah/Asuransi Mandiri Sejahtera Cerdas Syariah Tahun	1	2	3	4	5
	Ujrah kontribusi	80%	60%	30%	20%	10%
	b. Ujrah kontribusi Asuransi Mandiri Investasi Sejahtera Syariah Tahun	1				
	Ujrah kontribusi	2.3%				
2.	Ujrah Pengelolaan Dana Investasi:	- Active Money Syariah Rupiah 2.51% - Attractive Money Syariah Rupiah 2.96% - Advance Commodity Syariah Rupiah 2.96% - Amanah Equity Syariah Rupiah 3.01%				
3.	a. Ujrah Pengelolaan Risiko Asuransi Mandiri Rencana Sejahtera Syariah Plus/Asuransi Mandiri Sejahtera Mapan Syariah 40% dari luran Tabaru .					
	b. Ujrah Pengelolaan Risiko Asuransi Mandiri Sejahtera Cerdas Syariah 50% dari luran Tabaru .					

Pertanyaan bagi Calon Pemegang Polis berikut ini hanya diisi jika mengajukan Asuransi Tambahan Perlindungan bagi Pembayar Kontribusi

7. Data Pribadi dan Kebiasaan

	Calon Peserta
a) Apakah permohonan asuransi Anda pernah ditolak, ditunda, dikenakan tambahan / ekstra kontribusi atau diubah / dihentikan oleh perusahaan asuransi?	<u>Ya</u>
b) Apakah Anda pernah mengajukan klaim untuk ketidakmampuan, kecelakaan, perawatan medis atau penyakit kritis dan/atau manfaat lainnya kepada perusahaan asuransi?	<u>Ya</u>
c) Apakah Anda merokok? Jika "Ya", <u>5</u> batang/hari, sejak <u>2000</u>	<u>Ya</u>
d) Apakah Anda memiliki hobi/kegiatan/aktivitas/ yang berisiko tinggi termasuk yang berkaitan dengan pekerjaan Anda? (contoh: terjun payung, mendaki gunung, menyelam, balap mobil/motor/kendaraan lainnya, penerbangan, <i>gantole</i> , <i>caving</i> dan lain-lain)	<u>Ya</u>
e) Apakah Anda mengonsumsi minuman keras/alkohol, obat-obatan terlarang / narkotika / obat penenang dan sejenisnya?	<u>Ya</u>

Jika "Ya",
mohon jelaskan

GSDFGSFSD

8. Data Fisik

	Calon Peserta
a) Sebutkan tinggi / berat badan Anda saat ini	Tinggi Badan (cm) <u>130</u> Berat Badan (kg) <u>30.0</u>
b) Sebutkan tinggi / berat badan Anda tahun lalu	Tinggi Badan (cm) <u>130</u> Berat Badan (kg) <u>30.0</u>
c) Alasan perubahan tinggi / berat badan Anda, mohon jelaskan	

9A. Data Kesehatan

	Calon Peserta
I) Sebutkan nama dan alamat dokter yang Anda kunjungi jika menderita sakit atau gejala lain?	<u>FDGFDGG</u>
II) Kapan terakhir kali Anda berkonsultasi dengan dokter (kecuali flu atau demam biasa yang kurang dari 5 hari), apa alasan dan bagaimana hasilnya?	<u>FSFSGAS</u>
III) Apakah Anda pernah disarankan menjalani pemeriksaan laboratorium, Rontgen (x-ray), USG, CT Scan, Biopsy, Elektrokardiogram, tes urin atau tes darah misalnya: kolesterol, gula darah, AIDS, hepatitis termasuk Hepatitis B, C, Anemia dan lain-lain?	<u>Tidak</u>

Jika "Ya",
mohon jelaskan

DFGDFGDF

	Calon Peserta
IV) Apakah Anda pernah / sedang menderita penyakit / gangguan / kelainan kesehatan / keluhan dan dirawat di Rumah Sakit / dioperasi?	<u>Tidak</u>

9B. Data Kesehatan Tambahan (wajib diisi)

	Calon Peserta
Penyakit/Gangguan/Kelainan kesehatan yang diderita :	
a) 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	<u>Ya</u>
b) Sistem Kelenjar dan Darah: gangguan Hormon, gondok, pembesaran getah bening, asam urat, kencing manis, kolesterol, kurang darah/anemia, thalassemia, hemofilia, leukimia dan kelainan darah lainnya, menerima transfusi darah, donor darah/cuci darah	<u>Tidak</u>
c) Telinga, Hidung, Tenggorokan: termasuk fungsi pendengaran / bicara	<u>Tidak</u>
d) Mata, Termasuk Fungsi Penglihatan	<u>Tidak</u>
e) Paru-Paru: fungsi pernafasan, saluran nafas, batuk lama, bronchitis, asma, batuk darah, TBC	<u>Tidak</u>
f) Jantung dan Pembuluh Darah: nyeri dada, berdebar tak teratur, sakit jantung, tekanan darah tinggi/rendah, penyempitan / penyumbatan / gangguan peredaran darah, varises, ambeien (wasir)	<u>Tidak</u>
g) Organ Perut: sakit maag, sakit kuning (liver), muntah darah, hernia, sering diare, mual, muntah-muntah, hepatitis, radang/batu empedu	<u>Tidak</u>
h) Sistem Kemih dan Kelamin: sakit pinggang, sakit / nyeri saat buang air kecil, saluran kencing, kencing batu / kencing berpasir, batu ginjal, kencing berdarah, kencing nanah, sakit prostat, gagal ginjal, penyakit kelamin	<u>Tidak</u>
i) Tulang dan Kulit: gangguan tulang belakang, patah tulang, polio, amputasi, kelainan kulit, kusta, tahi lalat yang membesar dengan cepat	<u>Tidak</u>
j) Pertumbuhan Sel: tumor, kista, kanker, benjolan atau pertumbuhan abnormal	<u>Ya</u>

k) Sistem Kekebalan dan Infeksi: HIV/AIDS atau gejala kompleks yang berhubungan dengan AIDS (ARC), malaria, disentri amuba, alergi, lupus	<u>Tidak</u>
l) Lain-lain yang Belum Disebutkan: seperti kelainan bentuk tubuh atau jenis luka apapun, cacat fisik, cacat bawaan, trauma kepala	<u>Tidak</u>
Jika "Ya", mohon jelaskan HGDFGDFGDFGDFGDF	

9C. Data Kesehatan Khusus Wanita (diisi Jika Calon Peserta dan atau Calon Pemegang Polis Adalah Wanita)

	Calon Peserta
a) Apakah saat ini Anda sedang hamil? Jika "Ya", Sebutkan kehamilan keberapa dan hari pertama haid terakhir?	<u>Ya</u>
b) Untuk wanita yang sudah melahirkan apakah ada komplikasi saat kehamilan seperti diabetes, hipertensi atau lainnya?	<u>Tidak</u>
c) Apakah pernah menderita benjolan pada payudara atau penyakit payudara lainnya?	<u>Tidak</u>
d) Apakah ada gangguan haid, pernah / sedang menderita kelainan janin di dalam kandungan / rahim indung telur / organ reproduksi?	<u>Tidak</u>
e) Apakah Anda pernah menjalankan papsmear dan dianjurkan untuk melakukan papsmear kembali 6 bulan kemudian?	<u>Tidak</u>
f) Apakah Anda pernah disarankan untuk menjalani tes Mammografi, Biopsy, operasi payudara, USG Panggul atau pemeriksaan organ kandungan lainnya?	<u>Tidak</u>
Jika "Ya", mohon jelaskan FSDFSDFSD	

9D. Data Kesehatan Anak (diisi Jika Calon Peserta Adalah Anak)

a) Kelahiran secara : Bantuan Alat : Alasan dilakukan tindakan selain normal / spontan Nama Dokter dan Rumah Sakit yang melakukan tindakan		
b) Lama Kehamilan :	Lama kehamilan dalam minggu	
c) Panjang / Berat saat lahir cm / kg		
	Ya / Tidak	Jika "Ya", Jelaskan
d) Apakah ada kelainan / penyakit pada waktu dalam kandungan?		
e) Apakah ada kesulitan / kelainan / penyakit pada saat melahirkan? Dilahirkan di Sebutkan Nama / Alamat		

10. Riwayat Keluarga

	Calon Peserta
Apakah diantara anggota keluarga Anda (orangtua, suami / istri, saudara dan anak) menderita penyakit / gangguan / kelainan kesehatan sebelum usia 60 tahun? (diabetes, jantung, darah tinggi, kanker, atau penyakit turunan lainnya)	<u>Ya</u>
Jika "Ya", siapa (hubungan keluarga) dan jelaskan dengan lengkap diagnosa, kondisi kesehatan (jika masih hidup), penyebab kematian (jika meninggal), beserta usianya	
ASDASDASDASDAS	

11. Polis Pengganti

	Calon Peserta
Apakah polis ini dimaksudkan / ditujukan untuk menggantikan Polis yang sudah ada sebelumnya pada Perusahaan? Jika "Ya" mohon mengisi Surat Pernyataan Perlindungan Nasabah	<u>Ya</u>

Catatan penting: Tidak disarankan untuk membatalkan Polis Anda yang sudah ada kemudian menggantinya dengan yang baru dikarenakan beberapa faktor yang perlu dipertimbangkan :

1. Anda dapat membayar kontribusi yang lebih tinggi untuk Polis yang baru karena faktor pertambahan usia
2. Perkiraan nilai masa depan dari Polis yang baru dapat lebih tinggi dari Polis yang dimiliki sekarang, tetapi nilai proyeksi tersebut pada banyak kasus tergantung dari kinerja asuransi dan tidak merupakan garansi.

Demi kepentingan Anda, kami sarankan berkonsultasi dengan *Financial Advisor* dalam membuat keputusan untuk melakukan penggantian Polis.

12. Pernyataan Kepemilikan Polis

Apakah Anda pernah / sedang mengajukan asuransi atau memiliki asuransi lainnya? Jika "Ya", mohon isi tabel penjelasan di bawah ini dan lampirkan Surat Pernyataan Perlindungan Nasabah.				Calon Peserta
				<u>Ya</u>
Nama Perusahaan	Jenis Asuransi	Total Uang Pertanggungan	Total Kontribusi Tahunan	Tahun Polis
GSDFSDFS	FSDFSDF	FSADGFSDAGDF	HSGHDFG	GDFGDFGD

Kolom keterangan tambahan (digunakan untuk memberikan keterangan tambahan atas jawaban pertanyaan pada Surat Permintaan Asuransi Jiwa Syariah):

--

13. Akad

Saya/Kami yang bertandatangan di bawah ini sebagai Calon Pemegang Polis dan/atau Calon Peserta Asuransi Jiwa Syariah PT. AXA Mandiri Financial Services, dengan ini menyatakan:

- Setuju mengikatkan diri sebagai anggota kumpulan Peserta Pertanggungan Asuransi Jiwa Syariah dan menghibahkan sejumlah luran Tabarru' untuk saling tolong menolong apabila ada Peserta yang mengalami musibah.
- Sesuai dengan Akad Wakalah bil Ujrah Saya/Kami memberikan kuasa kepada PT. AXA Mandiri Financial Services (Perusahaan) sebagai wakil untuk mengelola dana, risiko dan melakukan transaksi atas nama saya. Atas hal tersebut Perusahaan berhak mendapatkan Ujrah serta memotong sejumlah biaya sebagaimana diatur dalam Polis.
- Mewakikan kepada Perusahaan untuk memotong luran Tabarru' Saya/Kami dan memasukkannya ke dalam rekening Dana Tabarru'. Apabila terjadi risiko atas diri Peserta dan atas peristiwa tersebut harus dibayarkan Maslahat/Manfaat Asuransi, pembayaran Maslahat tersebut akan dibebankan atas Dana Tabarru'.
- Memberikan kuasa kepada Perusahaan untuk melakukan transaksi investasi dengan jenis investasi syariah yang Saya/Kami pilih dan atas hal tersebut Saya/Kami setuju membayar biaya pengelolaan investasi sebagaimana diatur dalam Polis.
- Menyetujui pembagian Surplus Underwriting, jika ada, untuk dicadangkan 50% ke dalam rekening cadangan Dana Tabarru' dan mendistribusikannya 30% kepada Peserta yang memenuhi syarat sebagaimana diatur dalam Polis dan 20% kepada Perusahaan sebagai pengelola asuransi. Apabila Dana Tabarru' mengalami defisit (tidak cukup untuk membayar Maslahat/Manfaat Asuransi) maka Perusahaan akan meminjamkan dana untuk menalangi kekurangan pembayaran Maslahat/Manfaat Asuransi tersebut dengan akad Qardh yang akan dikembalikan dari Surplus Underwriting periode mendatang.

14. Pernyataan dan Kuasa

Dengan ini Saya/Kami, menyatakan dan menyetujui bahwa:

- Telah membaca, mengerti, menjawab dan mengisi semua pertanyaan pada Surat Permintaan Asuransi Jiwa Syariah ini beserta lampirannya dengan sebenar-benarnya, jujur, lengkap dan sesuai dengan keadaan sebenarnya.
- Semua Jawaban dan keterangan di atas merupakan dasar dan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari Polis, Saya/Kami menyetujui bahwa apabila ternyata jawaban dan keterangan yang Saya/Kami berikan itu tidak benar, maka PT AXA Mandiri Financial Services (Perusahaan) berhak membatalkan Polis yang dibuat atas dasar permintaan ini sejak awal, sesuai ketentuan dalam Polis.
- Pertanggungan belum berlaku selama belum disetujui oleh Perusahaan serta Kontribusi belum Saya/Kami bayar penuh dan lunas.
- Tidak memberikan informasi kepada *Financial Advisor* atau agen atau staf pemasaran Perusahaan selain dari informasi yang tertulis dalam Surat Permintaan Asuransi Jiwa Syariah ini.
- Memberikan kuasa kepada setiap tenaga medis, dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, laboratorium, perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi, badan hukum, instansi atau lembaga, perorangan, organisasi atau pihak lain yang mempunyai keterangan tentang kebiasaan pekerjaan dan catatan medis diri Saya/Kami, untuk mengungkapkan kepada Perusahaan semua keterangan atau catatan kebiasaan, pekerjaan dan catatan medis Saya/Kami yang tidak dapat ditarik kembali atau dibatalkan berhubungan dengan kebiasaan, pekerjaan dan catatan medis Saya/Kami untuk diberikan kepada Perusahaan.
- Dokter yang pernah dan akan memeriksa Saya/Kami diperkenankan mengadakan pemeriksaan medis yang diperlukan (termasuk autopsi) terhadap Peserta/Pemegang Polis dikemudian hari.
- Saya/Kami mengerti bahwa Saya/Kami berhak untuk melakukan koreksi atau penambahan atas informasi dan keterangan mengenai Saya/Kami dengan menghubungi kantor Perusahaan.
- Jika diperlukan konfirmasi ulang atas penawaran dan persetujuan Saya/Kami yang diberikan untuk mengajukan aplikasi atas produk tersebut dapat diberikan melalui percakapan telepon yang direkam, surat elektronik/*email*, balasan atas pesan singkat atau melalui media elektronik lainnya yang ditentukan oleh Perusahaan dari waktu ke waktu dan nasabah setuju atas konfirmasi tersebut dapat digunakan sebagai alat bukti di depan pengadilan untuk membuktikan adanya konfirmasi dari nasabah atas pengajuan dan persetujuan tersebut.
- Transaksi keuangan ini tidak berasal dari atau/untuk tujuan pencucian uang (*money laundering*) sebagaimana diatur dalam Undang-Undang No.8 tahun 2010 tentang Tindak Pidana Pencucian Uang dan perubahan-perubahannya (jika ada) termasuk namun tidak terbatas pada peraturan perundang-undangan terkait lainnya yang berlaku di wilayah hukum Republik Indonesia.
- Saya/Kami telah mendapatkan penjelasan dan sepenuhnya mengerti serta menerima hal-hal di bawah 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.
 - Dengan memperhatikan segala pernyataan yang ada, maka segala keputusan yang Saya/Kami ambil berkaitan dengan pemilihan Asuransi ini adalah menjadi tanggung jawab Saya/Kami.
 - Polis akan secara otomatis menjadi berakhir jika Kontribusi lanjutan (jika ada) belum sepenuhnya dibayarkan sesuai dengan ketentuan yang tercantum dalam polis.
 - Asuransi yang dipasarkan bukan merupakan produk dan tanggung jawab Bank serta tidak termasuk dalam cakupan program penjaminan sebagaimana dimaksud dalam ketentuan perundang-undangan mengenai lembaga penjamin simpanan.
- Transaksi Investasi akan dijalankan sesudah Surat Permintaan Asuransi Jiwa Syariah disetujui dan Kontribusi pertama yang sudah dibayarkan telah diterima di rekening Perusahaan dan jumlah unit yang akan didapat ditentukan berdasarkan harga unit yang berlaku pada tanggal perhitungan setelah Surat Permintaan Asuransi Jiwa Syariah disetujui dan pembayaran Kontribusi diterima di rekening Penanggung.
- Pernyataan dan kuasa yang Saya/Kami berikan ini akan tetap berlaku selama Saya/Kami masih hidup maupun sesudah Saya/Kami meninggal dunia dan sehubungan dengan hal tersebut Saya/Kami menyetujui untuk mengesampingkan ketentuan pada Pasal 1813, 1814 dan Pasal 1816 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata.
- Salinan/fotokopi dari pernyataan dan kuasa ini sama sah dan berlakunya sesuai dokumen asli, apabila telah dinyatakan oleh Perusahaan.

Surat Permintaan Asuransi Jiwa Syariah ini telah disesuaikan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku termasuk peraturan-peraturan yang dikeluarkan oleh Otoritas Jasa Keuangan.

Ditandatangani di

SDFSDFSDFS

06/07/17

(dd/mm/yy)

Calon Peserta

Calon Pemegang Polis

Orangtua / Wali*

(Jika calon peserta berusia ≤ 17 tahun)

Financial Advisor (saksi)

(Jika FA sebagai calon peserta dan/atau calon pemegang polis maka ASM/DRSM/RSM wajib menandatangani kolom ini)

ORANG SAMA-MSMS

Nama Lengkap

Nama Lengkap

Nama Lengkap

NB2 Team

Nama Lengkap

PENTING: Dilarang menandatangani Surat Permintaan Asuransi Jiwa Syariah ini dalam keadaan kosong dan pastikan jawaban telah sesuai dengan keadaan sebenarnya.



Nomor Polis:

023703

315-4382737

Keterangan Financial Advisor

Detail Nasabah

1. Nama Calon Tertanggung dan / atau calon Pemegang Polis
2. Kapan terakhir kali Anda bertemu dengan calon tertanggung dan / atau calon pemegang polis?
3. Berapa lama Anda mengenal Calon Tertanggung dan / atau Calon Pemegang Polis?
4. Apakah Calon Tertanggung dan / atau Calon Pemegang Polis mempunyai hubungan dengan Anda dan Financial Advisor lain pada PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES?
5. Apakah Calon Tertanggung dan / atau Calon Pemegang Polis adalah anggota keluarga dari Politisi ataupun Pejabat Pemerintahan atau TNI dan POLRI? Jika "Ya" jelaskan Nama dan Jabatannya
6. Apakah Calon Tertanggung dan / atau Calon Pemegang Polis memiliki usaha lain selain dari pekerjaan yang sudah disebutkan pada Surat Permintaan Asuransi Jiwa? Jika "Ya" jelaskan jenis usahanya
7. Untuk Anak-anak, mohon lengkapi data dibawah:
 - a. Berapa saudara kandung yang dimiliki
 - b. Apakah saudara kandung diasuransikan?
8. Status keuangan nasabah:
 - a. Jumlah pendapatan tahunan
 - b. Sumber pendapatan
 - c. Jumlah pengeluaran bulanan
9. Apakah Anda mengetahui faktor-faktor (baik medis maupun non medis) yang anda rasa belum diungkapkan pada Surat Permintaan Asuransi Jiwa, yang dapat mempengaruhi hasil seleksi resiko? Jika "Ya" jelaskan detailnya

Calon Peserta
HFGHDFGDFG
06/07/2017
HDFGDFGDF
Tidak
Hubungan _____
Nama FA _____
GSDFGDFGDF
GDSFGDFGDF
2
Tidak
GDFGDFGDFGDFG
123,454.00
GDFGDFG
12,156,465.00

GDFGDFG

Pernyataan

Saya menerangkan bahwa jawaban Calon tertanggung dan / atau Calon Pemegang Polis adalah sesuai dengan keadaan yang sebenarnya dan ditandatangani dihadapan Saya. Selanjutnya Saya menerangkan bahwa jawaban-jawaban yang Saya berikan adalah jujur dan benar. Bila jawaban tersebut menyimpang dari kebenaran, maka hal ini adalah tanggung jawab Saya dan dengan ini Saya menyatakan bersedia menanggung segala bentuk akibatnya.

Ditandatangani di

GDFGDFGDF

06/07/2017

(dd/mm/yyyy)



Nama Financial Advisor



Tanda tangan Financial Advisor

Untuk Dilisi Oleh Financial Advisor PT AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES

Cabang kota : JAKARTA JEMBATAN DUALead kategori : CGNo. Lead : 712080No. ID Staff Bank : 25,121,982Kode Bank : 100000Kode Cabang : 16815

(staff bank)

Pre-Screening Check List:

- ☒ Apakah Anda sudah memeriksa kelengkapan dokumen berikut?
- ☒ Bukti pembayaran Premi
- ☐ Formulir cashless hal 1 dan 2 (jika cashless case)
- ☐ SPAJ dan Kartu nasabah Prioritas (khusus untuk PBC case)
- ☐ Kelengkapan jawaban di SPAJ
- ☐ Pertanyaan Tambahan Medis (sesuai dengan jawaban pada pertanyaan kesehatan)
- ☐ Pertanyaan Tambahan non medis (Pekerjaan, hobi, formulir Laporan Keuangan, copy rekening dan lain-lain)
- ☒ ID Tertanggung, Pemegang Polis, Pemilik rekening (akte lahir, KTP/Paspor)
- ☐ Laporan Financial Advisor
- ☐ Ilustrasi yang ditandatangani oleh nasabah
- ☐ Formulir/Surat Pernyataan

(Sebutkan):

Keterangan :

FSDFAS

Tanda tangan FA/SS :

Nama :

DASDASD

Cabang :

FASDD



Nomor Polis:

023703

315-4382737

Surat Kuasa Debet Rekening

PENTING:

Surat Kuasa Debet Rekening ("Surat Kuasa") ini wajib diisi dengan huruf kapital dan tidak dibenarkan untuk menandatangani jika Surat Kuasa ini dalam keadaan kosong. Setiap koreksi penulisan/pengisian Surat Kuasa ini dalam bentuk coretan wajib untuk ditandatangani oleh Pemberi Kuasa.

Saya yang bertandatangan di bawah ini

Nama pemilik rekening	: <u>GFDSDFSDFSD</u>	Masa berlaku	: <u>06/07/2018</u>
No. KTP/SIM/Paspor	: <u>12345678901234</u>		
Nomor Rekening Bank Mandiri	: <u>1234567890123</u> (Rekening Tabungan)		
Alamat sesuai ID	: <u>GDSFGFD</u> <u>GASDFSDF</u> <u>GFSD</u>		
Kota	: <u>FSDFSDF</u>	Kode Pos	: <u>12345</u>
Telepon Rumah	: <u>02165456456</u>	Telepon Kantor	: <u>02165456</u>
Handphone	: <u>08124545</u>	E-mail	: <u>EMAIL</u>

(untuk selanjutnya disebut sebagai "Pemberi Kuasa")

Dengan ini memberikan kuasa kepada PT. AXA MANDIRI FINANCIAL SERVICES (untuk selanjutnya disebut sebagai "Penerima Kuasa") untuk dan atas nama Pemberi Kuasa melakukan pendebitan Rekening Tabungan sebagai pembayaran Premi Berkala lanjutan asuransi Penerima Kuasa termasuk biaya-biaya yang timbul (jika ada) untuk:

No Polis/SPAJ	: <u>315-4382737</u>	Mata Uang	: <u>RP</u>
Nama Pemegang Polis	: <u>ORANG SAMA-MSMS</u>	Hubungan	: <u>Diri Sendiri</u>
Besar Premi	: <u>12,000,000.00</u>	Terbilang	: <u>DASDADASDSA</u>

atau jumlah lain sebagaimana ditetapkan dari waktu ke waktu oleh Penerima Kuasa guna melakukan tindakan-tindakan hukum sebagai berikut :

- Melakukan perintah pendebitan rekening Pemberi Kuasa tersebut di atas yang ada kepada PT. Bank Mandiri (Persero) Tbk atau PT. Bank Syariah Mandiri dan memindahbukukan dananya ke rekening Penerima Kuasa yang ada dalam rangka pembayaran Kontribusi Berkala lanjutan asuransi, termasuk biaya asuransi, biaya materai dan/atau biaya lainnya yang menjadi kewajiban Pemberi Kuasa sebagaimana ditetapkan oleh Penerima Kuasa dari waktu ke waktu.
- Pendebitan atau pembebanan rekening Pemberi Kuasa pada butir 1 di atas dilakukan pada tanggal dan untuk jumlah sebagaimana tercantum dalam data tagihan pembayaran Kontribusi atau biaya-biaya lainnya yang disampaikan oleh Penerima Kuasa kepada PT. Bank Mandiri (Persero) Tbk atau PT. Bank Syariah Mandiri dengan ketentuan sebagai berikut:
 - Untuk Polis yang jatuh tempo tanggal 1 – 15 pada bulan bersangkutan akan didebet pada tanggal 1 atau pada hari kerja berikutnya dalam hal tersebut jatuh bukan pada hari kerja.
 - Untuk Polis yang jatuh tempo tanggal 16 – 31 pada bulan bersangkutan akan didebet pada tanggal 16 atau pada hari kerja berikutnya dalam hal tanggal tersebut bukan pada hari kerja.
 - Apabila terjadi kegagalan debit karena suatu hal, maka rekening diatas akan didebet pada tanggal yang ditentukan oleh Penerima Kuasa.
 - Kontribusi yang tercantum dalam surat kuasa ini adalah sesuai dengan jumlah Kontribusi sebelum dipotong biaya-biaya lainnya.
 - Biaya materai menjadi tanggung jawab Pemilik Rekening dan/atau Pemegang Polis sesuai dengan jumlah Kontribusi.
 - Bila Polis mengalami perubahan yang telah disetujui oleh Penerima Kuasa atas perubahan finansial maupun disebabkan oleh spesifikasi produk, maka secara otomatis Surat Kuasa ini mengikuti Kontribusi setelah perubahan Polis.
- Pemberi Kuasa dengan ini mengesampingkan ketentuan pasal pasal 1813, 1814 dan 1816 Kitab Undang-undang Hukum Perdata mengenai pengakhiran pemberian kuasa.
- Segala akibat yang timbul sehubungan dengan pemberian Surat Kuasa ini menjadi tanggung jawab Pemberi Kuasa sepenuhnya dan dengan ini Pemberi Kuasa membebaskan Penerima Kuasa dari segala macam tuntutan atau gugatan dari pihak manapun termasuk dari Pemberi Kuasa.

Surat kuasa ini berlaku efektif setelah Surat Permintaan Asuransi Jiwa Syariah/Surat Permintaan Asuransi Kesehatan Syariah diterima dan disetujui oleh Penerima Kuasa dengan masa berlaku maksimum selama masa pembayaran Kontribusi Polis dan berakhir atas permintaan Pemberi Kuasa dengan pemberitahuan tertulis dari Pemberi Kuasa kepada Penerima Kuasa.

Ditandatangani di GSDFSDFSDF 06/07/2017 (dd/mm/yyyy)



Tanda tangan Pemberi Kuasa

Nama Lengkap

KOLOM VERIFIKASI NO. REKENING					
Nama CSO Bank Mandiri	:		Nama Financial Advisor	:	NB2 Team
Cabang	:		Cabang	:	
Tanda tangan dan Stempel (diisi oleh bank Mandiri)	:		Tanda tangan	:	
Tanggal	:		Tanggal	:	



Nomor Polis:

023703

315-4382737

Formulir KYC Untuk *Beneficial Owner* Perorangan

Catatan Penting:

- Calon Pemegang Polis wajib memberikan data dan informasi yang dibutuhkan dalam permintaan asuransi dengan benar dan lengkap sesuai keadaan sebenarnya. Kebenaran data dan informasi pada formulir ini merupakan satu kesatuan yang tidak dapat dipisahkan dan menjadi syarat pertanggungan asuransi.
- Formulir ini wajib diisi oleh calon Pemegang polis/*Beneficial Owner* dengan huruf KAPITAL dan mohon untuk tidak menandatangani jika formulir ini dalam kondisi kosong.
- Setiap koreksi penulisan / pengisian dalam bentuk coretan wajib ditandatangani.

Data Pribadi Calon Pemegang Polis

Nama Calon Pemegang Polis *) : ORANG SAMA-MSMS

I. Keterangan Identitas *Beneficial Owner*

Mohon berikan tanda (v) pada jawaban yang Anda pilih

Nama Calon Beneficial Owner	: <u>DFDSFSDF FDGDFGDFGD</u>		
Tempat/Tanggal Lahir	: <u>GFDGFDG06/07/2017</u>		
Alamat (sesuai identitas)	: <u>GDSFSDFSDF</u>		
	: <u>SDFSDFS</u>		
	: <u>FDFSDFS</u>		
	: <u>AFSDFSDFS</u>		
Nomor Identitas (KTP/Paspor/KIMS/KITAS)	: <u>1234567890123</u>	Berlaku s/d	: <u>06/07/2017</u>
Kewarganegaraan	: <u>INDONESIA</u>		
Alamat Domisili Terkini (diisi jika berbeda dengan alamat identitas)	: <u>GDSFSDFSDF</u>		
	: <u>SDFSDFS</u>		
	: <u>FDFSDFS</u>		
	: <u>AFSDFSDFS</u>		
Nomor Telepon Rumah/Kantor	: <u>212456456456</u>	No. Fax	: <u>2165645645</u>
Nomor Telepon Selular	: <u>8121546456</u>		
Alamat Email	: <u>EMAIL</u>		
Hubungan Hukum <i>Beneficial Owner</i> dengan Calon Pemegang Polis	: <u>Suami/Istri</u>		
Sumber Dana	: <u>Usaha</u>		

II. Keterangan Pekerjaan dan Penghasilan *Beneficial Owner*

Pekerjaan	: <u>Profesional</u>
Jabatan	: <u>HGDFGDFGDFGDF</u>
Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP)	: <u>1234567890123</u>
Jumlah Penghasilan Tetap per Bulan	: <u>12,345,678.00</u>
Sumber Penghasilan Lain	: <u>12,345,678.00</u>
Jumlah Penghasilan Lainnya per Bulan	: <u>12,345,678.00</u>

III. Keterangan Lain

Tujuan <i>Beneficial Owner</i> membuka polis	: <u>Tabungan</u>		
Data Rekening Bank <i>Beneficial Owner</i>	No.Rekening	: <u>1234567890</u>	Nama Bank : <u>GSDFGDFGDF</u>
	Atas Nama	: <u>GDSFGDFGDF</u>	Nama Cabang Bank : <u>GDSFGDFGDF</u>

Pernyataan dan Kuasa

Dengan ini Saya selaku calon Pemegang Polis/Pemegang Polis menyatakan sesungguhnya bahwa:

- (i) Saya telah menerima kuasa yang diberikan oleh *Beneficial Owner* sebagai calon pemegang polis/pemegang polis untuk melakukan transaksi pembelian polis asuransi dan investasi tersebut;
- (ii) Semua dokumen pendukung yang menerangkan mengenai identitas maupun sumber dana dari *Beneficial Owner* adalah benar apa adanya dan sah secara hukum; dan
- (iii) Dana dari *Beneficial Owner* yang digunakan dalam pembelian polis asuransi dan investasi yang dimaksud tidak berasal dari kegiatan-kegiatan yang melanggar dan tujuan pembelian polis asuransi jiwa dan investasi yang dimaksud dalam formulir ini tidak ditujukan untuk pencucian uang dan/atau pembiayaan kegiatan terorisme.

Ditandatangani di SDFSDFSDFSD

Tanggal: 06/07/2017

Nama Jelas:

Tanda Tangan Beneficial Owner

**Beneficial Owner* adalah setiap orang yang memiliki dana, yang mengendalikan transaksi nasabah (Pemegang Polis), yang memberikan kuasa atas terjadinya suatu transaksi dan/atau yang melakukan pengendalian melalui badan hukum atau perjanjian. Informasi *Beneficial Owner* ini diperlukan sesuai pasal 9 ayat 2, 10 ayat 1 dan 2 PMK No.30/PMK.010/2010 tentang Penerapan Prinsip Mengenal Nasabah Bagi Lembaga Keuangan Non Bank.

Nama Jelas:

Tanda Tangan Calon Pemegang Polis

Nama Jelas:

Tanda Tangan Finansial Advisor

Kode FA : 522115-04-011601

Cabang : 16815

Region : 3

No. Telp :