

SURAT PERMOHONAN ASURANSI JIWA/ KESEHATAN



by Mandiri Inhealth & IFG Life
Produk Asuransi Bersama

1. Produk Asuransi ini merupakan Produk Asuransi Bersama antara PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia & PT Asuransi Jiwa IFG, yang selanjutnya akan disebut sebagai Penanggung.
2. Produk yang dipasarkan oleh Penanggung diawasi dan telah mendapatkan otorisasi dari Otoritas Jasa Keuangan.
3. Mohon diisi secara akurat, jujur, jelas dan lengkap.

KETIDAKLENGKAPAN PENGISIAN eSPAJ DAPAT MENYEBABKAN TERHAMBATNYA PROSES PENERBITAN POLIS.

A. DATA CALON PEMEGANG POLIS

- | | |
|--|---|
| 1. Nama Lengkap (Sesuai Kartu Identitas) | : TESTAASAWEQWE |
| 2. Jenis Kartu Identitas | : E KTP |
| 3. Nomor Kartu Identitas | : 2342342142342347 |
| 4. Tempat & Tanggal Lahir (tgl/bln/thn) | : BEKASI, 18/12/1999 |
| 5. Jenis Kelamin | : LAKI-LAKI |
| 6. Status Perkawinan | : BELUM KAWIN |
| 7. Alamat Sesuai Kartu Identitas | : DJUANDA
RT 14/RW 03 KELURAHAN CIKINI
KEC MENTENG KOTA JAKARTA PUSAT
PROVINSI MENTENG KODE POS 10330 |
| 8. Alamat Domisili | : DJUANDA
RT 14/RW 03 KELURAHAN CIKINI
KEC MENTENG KOTA JAKARTA PUSAT
PROVINSI MENTENG KODE POS 10330 |
| 9. Pekerjaan | : PEG. BUMN/BUMD/PNS |
| 10. Bidang Usaha | : ASURANSI |
| 11. Jabatan | : STAFF ONLY |
| 12. Nama Institusi Tempat Kerja | : IFGL |
| 13. Alamat Institusi | : DJUANDA JUGA
RT 06/RW 07 KELURAHAN KEBON KELAPA
KEC GAMBIR KOTA JAKARTA PUSAT
PROVINSI GAMBIR KODE POS 10120 |
| 14. Informasi Kontak Tempat Kerja | : 02188827271 |
| 15. Alamat Surat Menyurat | : SESUAI IDENTITAS |
| 16. Hubungan dengan Calon Tertanggung | : DIRI SENDIRI |

No SPAJ: SPAJ-2212-19EXA

B. DATA CALON TERTANGGUNG

Data otomatis terisi apabila Calon Tertanggung sama dengan Calon Pemegang Polis

- | | |
|--|---|
| 1. Nama Lengkap (Sesuai Kartu Identitas) | : TESTAASAEQWE |
| 2. Jenis Kartu Identitas | : E KTP |
| 3. Nomor Induk Kependudukan | : 2342342142342347 |
| 4. Tempat & Tanggal Lahir (tgl/bln/thn) | : BEKASI, 18/12/1999 |
| 5. Jenis Kelamin | : LAKI-LAKI |
| 6. Status Perkawinan | : BELUM KAWIN |
| 7. Alamat Sesuai Kartu Identitas | : DJUANDA
RT 14/RW 03 KELURAHAN CIKINI
KEC MENTENG KOTA JAKARTA PUSAT
PROVINSI MENTENG KODE POS 10330 |
| 8. Alamat Domisili | : DJUANDA
RT 14/RW 03 KELURAHAN CIKINI
KEC MENTENG KOTA JAKARTA PUSAT
PROVINSI MENTENG KODE POS 10330 |
| 9. Pekerjaan | : PEG. BUMN/BUMD/PNS |
| 10. Bidang Usaha | : ASURANSI |
| 11. Jabatan | : STAFF ONLY |
| 12. Nama Institusi Tempat Kerja | : IFGL |
| 13. Alamat Institusi | : DJUANDA JUGA
RT 06/RW 07 KELURAHAN KEBON KELAPA
KEC GAMBIR KOTA JAKARTA PUSAT
PROVINSI GAMBIR KODE POS 10120 |
| 14. Informasi Kontak Tempat Kerja | : 02188827271 |

No SPAJ: SPAJ-2212-19EXA

C. DATA PEMBAYARAN PREMI

Sehubungan dengan adanya Peraturan Otoritas Jasa Keuangan Nomor 12 / POJK.01 / 2017 Tentang Penerapan Program Anti Pencucian Uang dan Pencegahan Pendanaan Terorisme di Sektor Jasa Keuangan, Penanggung menerapkan kewajiban bagi calon Pembayar Premi untuk menjawab pertanyaan pertanyaan di bawah ini

Calon Pembayar Premi	
Calon Pembayar Premi adalah Calon Pemegang Polis	: Ya
Jika Calon Pembayar Premi berbeda dengan Calon Pemegang Polis, mohon mengisi Formulir Tambahan Data Calon Pembayar Premi	
Sumber Dana Pembayaran Premi	
1. Tujuan pengajuan asuransi (Pilihan dapat lebih dari satu)	: PROTEKSI
2. Sumber penghasilan per bulan dari Calon Pembayar Premi (Pilihan dapat lebih dari satu)	: HASIL INVESTASI, BISNIS PRIBADI, BONUS/INSENTIF/KOMISI
3. Jumlah penghasilan kotor per tahun	: 250 JT - < 500 JT
4. Cara Bayar Premi Berkala	: TAHUNAN
5. Cara Bayar Premi	: Auto Debit Kartu Debit / Kartu Kredit

D. DATA PENERIMA MANFAAT

No	Nama Lengkap (Sesuai Kartu Identitas)	Nomor Induk Kependudukan	Tanggal Lahir	Pria/Wanita	Hubungan dengan Tertanggung	Persentase (%)
1						
2						
3						

E. DATA PERTANGGUNGAN

Manfaat Asuransi Utama

MIFG Managed Care Individu

PLAN	KELAS	
Platinum	<input checked="" type="checkbox"/> VIP	<input type="checkbox"/> I

Manfaat Asuransi Tambahan : ☐ Santunan Kematian ☒ Santunan Harian Rawat Inap

Provider : Siloam Hospitals Group

Masa Asuransi : 1 Tahun

Mata Uang : Rupiah (Rp)

F. DATA KEPEMILIKAN ASURANSI

1. Apakah asuransi Anda pernah ditolak, ditunda, dikenakan ekstra premi, diubah/dihentikan oleh Perusahaan Asuransi? **Tertanggung**

Jika Ya, jelaskan alasannya :

☐ Ya ☒ Tidak

-

No SPAJ: SPAJ-2212-19EXA

G. DATA KESEHATAN CALON TERTANGGUNG

LIFESTYLE

Tinggi (cm)	183 cm						
Berat (kg)	86 Kg						
Apakah Anda Merokok? berapa batang per hari?	<input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> <10 Batang/Hari	<input type="checkbox"/> 11-20 Batang/Hari	<input type="checkbox"/> 21-30 Batang/Hari	<input type="checkbox"/> >30 Batang/Hari		
Apakah Anda rutin mengkonsumsi alkohol? Berapa konsumsi alkohol anda per minggu (dalam ml)?	<input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> < 3000 ml Beer	<input type="checkbox"/> > 3000 ml Beer	<input type="checkbox"/> < 750 ml Wine	<input type="checkbox"/> > 750 Wine	<input type="checkbox"/> < 350 Shot	<input type="checkbox"/> > 350 Shot
Apakah Anda pernah menggunakan obat-obatan terlarang?	<input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya					

GENERAL

Dalam satu tahun terakhir ini apakah anda pernah menjalani rawat jalan termasuk telemedicine (kecuali kehamilan, imunisasi, KB, gigi, kacamata)?	<input checked="" type="checkbox"/> <5	<input type="checkbox"/> 5-10	<input type="checkbox"/> 10-15	<input type="checkbox"/> 15-20	<input type="checkbox"/> >20x		
Dalam dua tahun terakhir ini apakah anda pernah menjalani rawat inap (kecuali persalinan)	<input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> 1-2x	<input type="checkbox"/> >2x				
Apakah dalam 1 tahun terakhir Anda pernah menjalani tes medis dengan hasil tidak normal (misalnya: lab darah, USG, CT Scan, MRI, Rontgen, biopsi dll)	<input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya					

KHUSUS WANITA

Apakah Tertanggung saat ini dalam kondisi hamil?	<input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya					
--	---	-----------------------------	--	--	--	--	--

KHUSUS ANAK (5-12 TAHUN)

Apakah telah diimunisasi BCG?	<input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya					
Apakah telah diimunisasi DTP?	<input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya					
Apakah telah diimunisasi Polio?	<input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya					
Apakah telah diimunisasi Campak?	<input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya					
Apakah telah diimunisasi Hepatitis?	<input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya					
Apakah telah diimunisasi Hib?	<input type="checkbox"/> Tidak	<input checked="" type="checkbox"/> Ya					

MEDICAL HISTORY

Dalam 2 tahun terakhir apakah Anda pernah mengalami gejala-gejala, diperiksa, menderita, mendapat pengobatan, disarankan untuk rawat inap/rawat jalan, menjalani rawat inap/rawat jalan untuk kelainan yang disebutkan di bawah ini :							
Hipertensi	<input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya					
Gangguan Kolesterol	<input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya					
Diabetes Melitus/Kencing Manis	<input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya					
Gangguan/penyakit/serangan jantung, gangguan pembuluh darah, stoke, gangguan saraf, gangguan otak	<input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya					
TBC	<input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Dalam Pengobatan	<input type="checkbox"/> Selesai Pengobatan				
Gangguan ginjal /batu ginjal /gagal ginjal	<input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya					
Tumor/Kanker	<input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya					
Kurang darah/Anemia	<input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya					
Usus buntu, Amandel, Batu Empedu	<input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Belum Dioperasi	<input type="checkbox"/> Sudah Dioperasi				
Hepatitis B, Hepatitis C, Hepatitis D, Hepatitis E?	<input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Hepatitis C	<input type="checkbox"/> Hepatitis D	<input type="checkbox"/> Hepatitis E		
Prostat?	<input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Belum Dioperasi	<input type="checkbox"/> Sudah Dioperasi				
Kelenjar Gondok/Thyroid, Sinus	<input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Thyroid	<input type="checkbox"/> Sinus				
Sakit kepala, epilepsi, Kejang, Pingsan	<input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Serangan <6x per tahun	<input type="checkbox"/> Serangan >6x per tahun				
Nyeri Sendi, Nyeri Otot, Nyeri Punggung, Nyeri Pinggang	<input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Nyeri Sendi	<input type="checkbox"/> Nyeri Otot	<input type="checkbox"/> Nyeri Punggung	<input type="checkbox"/> Nyeri Pinggang		
Kecelakaan dan cedera berat berkepanjangan?	<input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya					
Kelainan Psikologis/kejiwaan?	<input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya					
AIDS & kondisi yang berhubungan dengan AIDS (demam, kelelahan, diare kronis, penurunan berat badan, sariawan yang lama sembuh, pembengkakan getah bening atau luka di kulit berulang & berkepanjangan yang tidak diketahui penyebabnya)?	<input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya					
Kista/Benjolan/pembengkakan?	<input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya					
Kehilangan fungsi pada anggota tubuh?	<input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Mata	<input type="checkbox"/> Tangan	<input type="checkbox"/> Kaki	<input type="checkbox"/> Pendengaran	<input type="checkbox"/> Intelektual	<input type="checkbox"/> Wicara

No SPAJ: SPAJ-2212-19EXA

MEDICAL HISTORY							
Penyakit Paru Obstruktif Kronis	<input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya					
Bronkhitis	<input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya					
Pneumonia	<input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya					
Asthma	<input checked="" type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya					

H. PERNYATAAN CALON PEMEGANG POLIS DAN CALON TERTANGGUNG

Dengan ini Saya/Kami menyatakan, telah mendapatkan penjelasan dari Agen Asuransi mengenai produk, fitur, dan mafaat asuransi sepenuhnya dan selanjutnya menyatakan setuju :

1. Telah membaca, mengerti, memahami, memberikan informasi 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 tersebut merupakan dasar serta merupakan satu kesatuan bagian yang tidak terpisahkan dari pembuatan Polis. Apabila ternyata jawaban-jawaban yang Saya/Kami berikan itu tidak benar, maka Penanggung berhak untuk membatalkan pertanggungan asuransi yang dibuat atas dasar permohonan asuransi ini.
2. Saya/Kami menyetujui untuk membayar premi yang besarnya tergantung dari Manfaat Utama dan Manfaat Tambahan (jika ada), Usia Tertanggung, Jenis Kelamin Tertanggung, gaya hidup dan kebiasaan Tertanggung, Pekerjaan Tertanggung dan Kesehatan Tertanggung.
3. Saya/Kami menyetujui untuk membayar semua biaya-biaya yang timbul sehubungan dengan pertanggungan asuransi ini termasuk tetapi tidak terbatas pada biaya akuisisi.
4. Menyetujui bahwa pertanggungan akan berlaku apabila Surat Permintaan Asuransi Jiwa ini telah disetujui dan premi pertama telah dibayarkan lunas sesuai dengan periode pembayaran.
5. 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 dan perundang-undangan yang berlaku di Indonesia. Apabila ada indikasi pelanggaran atas peraturan dan perundang-undangan yang berlaku di Indonesia, maka Penanggung akan melaksanakan kewajibannya sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
6. Saya/Kami dengan ini mengizinkan Penanggung untuk menggunakan atau memberikan informasi atau keterangan mengenai Saya/Kami yang tersedia, diperoleh atau disimpan oleh Penanggung sesuai yang tercantum dalam Surat Permintaan Asuransi Jiwa ini atau sarana lain, kepada pihak - pihak lain (termasuk tetapi tidak terbatas pada perusahaan reasuransi, asuransi, lembaga, bank atau badan hukum lain) yang memiliki hubungan kerjasama dengan Penanggung dalam rangka pengajuan Surat Permintaan Asuransi Jiwa ini, pembayaran klaim, pelayanan nasabah, maupun penawaran produk lain kepada Saya/Kami.
7. Telah memberikan dan melakukan verifikasi atas seluruh salinan dari dokumen dan informasi atau data yang diberikan sehubungan dengan penutupan polis ini dan Saya/Kami menyatakan bahwa salinan dan informasi atau data tersebut adalah sesuai asli dan masih berlaku.
8. Sesuai dengan Peraturan Otoritas Jasa Keuangan Nomor 12 / POJK.01 / 2017 Tentang Penerapan Program Anti Pencucian Uang dan Pencegahan Pendanaan Terorisme di Sektor Jasa Keuangan yang mensyaratkan dilakukannya pengkinian data, Saya/Kami memahami untuk melakukan pengkinian data dan menyetujui untuk menyerahkan salinan dokumen pendukung yang berlaku kepada Penanggung.
9. Menyetujui bahwa Penanggung berhak menolak klaim yang diajukan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan data/informasi didalam Surat Permintaan Asuransi Jiwa ini.

**) Polis akan dikirimkan dalam format elektronik melalui alamat email dan dapat diunduh melalui aplikasi FitAja! dan Penanggung akan mengirimkan Ikhtisar Polis ke alamat sesuai korespondensi Pemegang Polis.*

Permintaan pencetakan Polis akan dikenakan biaya sebesar Rp150.000,- (Seratus Lima Puluh Ribu Rupiah)

Pencetakan Polis : ☒ Ya ☐ Tidak

Alamat Pengiriman Polis : ☐ Sesuai Identitas ☒ Sesuai Domisili
(hanya diisi jika Polis dicetak)

Dengan ini Saya/Kami memberi persetujuan dan hak kepada Penanggung yang tidak dapat dicabut dengan sebab apapun juga 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 Penanggung. Dalam hal diperlukan suatu kuasa khusus maka pemberian persetujuan dan hak yang dimaksud dapat dianggap sebagai pemberian kuasa.

☒ Saya setuju dan menerima segala risiko dari pernyataan diatas.