

Build ID : 2307238223  
 No Agen Penutup : 0000751437  
 Nama Agen Penutup : XEISHANDREA EBENALIE ZERESICA  
 Tanggal SPAJ : 23-07-2023 19:12:11

## Identitas Calon Tertanggung Utama

Nama Lengkap : DWI Prawitarini  
 Nama Alias :  
 Nomor Kartu Tanda Penduduk (KTP) : 6271034408750003  
 Tanggal Lahir : 04-08-1975  
 Tempat Lahir : Surabaya  
 Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) :  
 Jenis Kelamin : Perempuan  
 Agama : PROTESTAN  
 Swafoto :



## Alamat KTP Calon Tertanggung Utama

Status : Milik Sendiri  
 Alamat : JL KUTILANG NO 041 RT.002 RW018 Kec. Jekan Raya Kel. Palangka, Kota Palangka Raya, Kalimantan Tengah 73112  
 Provinsi : Kalimantan Tengah  
 Kabupaten/Kota : Kota Palangka Raya  
 Kodepos : 73112

## Alamat Surat Menyurat Calon Tertanggung Utama

Status : Milik Sendiri  
 Alamat : JL KUTILANG NO 041 RT.002 RW018 Kec. Jekan Raya Kel. Palangka, Kota Palangka Raya, Kalimantan Tengah 73112  
 Provinsi : Kalimantan Tengah  
 Kabupaten/Kota : Kota Palangka Raya  
 Kodepos : 73112

## Kontak dan Telepon

Nomor HP : 082150498979  
 Nomor Telepon : 082150498979  
 Email : dprawitarini@gmail.com

## Persetujuan Agar Dapat Dihubungi

Saya Setuju Ditelepon Melalui HP/Telepon.  
 Saya Setuju Dihubungi Melalui Email.

## Data Pendukung Calon Tertanggung



## SURAT PERMINTAAN ASURANSI JIWA (SPAJ)

Nomor O2300310919

### Hubungan Dengan Calon Pemegang Polis : Diri Tertanggung

Usia Produktif : 58  
Tinggi Badan : 158cm  
Berat Badan : 54kg  
Nama Ibu Kandung : Sri wisudaningsih  
Pendidikan Terakhir : S1  
Status Pernikahan : Kawin

### Calon Tertanggung Tambahan

Jumlah Calon Tertanggung Tambahan : 0

### Pekerjaan Calon Tertanggung

Pekerjaan : Administrasi & Manajer  
Pangkat/Golongan : Kepala Bagian

### Hobi Calon Tertanggung

Hobi : Jogging / Jalan Santai

### Pendapatan Setahun

Gaji	: 150.000.000		
Penghasilan Suami/Istri	: 0	Usia Produktif Suami/Istri	: - Tahun
Pendapatan Hasil Investasi	: 0		
Pendapatan Hasil Bisnis	: 0		
Bonus/Investasi/Komisi	: 0		
Pendapatan Orang Tua	: 0	Usia Produktif Orang Tua	: - Tahun
Pendapatan Lain	: 0		
Sumber Pendapatan Lain	: -		

### Jika Usaha Sendiri (Wiraswasta)

Kepemilikan Usaha :  
Bidang Usaha :  
Nama Usaha :  
Alamat Usaha :

### Perusahaan Tempat Bekerja

Jenis Perusahaan : PNS  
Nama Perusahaan : BNN propinsi Kalteng  
Alamat Perusahaan : Jl tangkasiang No 12 palangkaraya  
Kodepos Perusahaan : 73112  
Telepon Perusahaan : 0536 3226398  
Ekstension : 0

### Tujuan Berasuransi

Proteksi : Ya  
Tabungan : Tidak  
Pendidikan : Tidak  
Investasi : Tidak  
Pensiun : Tidak  
Lainnya : Tidak



## SURAT PERMINTAAN ASURANSI JIWA (SPAJ)

Nomor O2300310919

### Pilihan Produk

Jenis Asuransi	: IFG LIFE PROTECTION PLATINUM
Cara Bayar	: Bulanan
Masa Pembayaran Premi	: 51 Tahun
Masa Asuransi	: 51 Tahun
Alokasi Dana Unitlink	: IFG LINK BERIMBANG (100%)
Rider	: Uang Asuransi (UA) IFG Critical Illness 53 (IFG CI 53) 142.000.000
Premi	: 500.000
Premi Berkala	: 350.000
Top Up Berkala	: 150.000
Top Up Sekaligus	: 0
Uang Asuransi	: 142.000.000

### Calon Pembayar Premi

Hubungan Dengan Calon Tertanggung Utama : Diri Tertanggung

Jenis Kelamin	: Perempuan
Nama Lengkap	: DWI Prawitarini
Nama Alias	:
No KTP	: 6271034408750003
Alamat KTP	: JL KUTILANG NO 041 RT.002 RW018 Kec. Jekan Raya Kel. Palangka, Kota Palangka Raya, Kalimantan Tengah 73112
Tanggal Lahir	: 04-08-1975
Tempat Lahir	: Surabaya
Nomor NPWP	:

### Pekerjaan Calon Pembayar Premi

Nama Perusahaan	: BNN propinsi Kalteng
Alamat Perusahaan	: Jl tangkasiang No 12 palangkaraya

### Kontak dan Telepon

Nomor HP	: 082150498979
Nomor Telepon	: 082150498979
Email	: dprawitarini@gmail.com

### Pembayaran Premi

Mekanisme Pembayaran	: Auto Debet BANK_BRI
----------------------	-----------------------

### Penerima Manfaat

Jumlah Penerima Manfaat	: 5
-------------------------	-----

### Penerima Manfaat 1

Hubungan Dengan Calon Tertanggung	: Diri Tertanggung
Nama Lengkap	: DWI Prawitarini
No KTP	: 6271034408750003
Tanggal Lahir	: 04-08-1975
Tempat Lahir	: Surabaya
Jenis Kelamin	: Perempuan
Status Pernikahan	: Kawin

## SURAT PERMINTAAN ASURANSI JIWA (SPAJ)

Nomor O2300310919

### Penerima Manfaat 2

Hubungan Dengan Calon Tertanggung : Suami  
Nama Lengkap : HARRY EKA SAPTA  
No KTP :  
Tanggal Lahir : 17-01-1972  
Tempat Lahir : PALANGKARAYA  
Jenis Kelamin : Laki-laki  
Status Pernikahan : Kawin

### Penerima Manfaat 3

Hubungan Dengan Calon Tertanggung : Anak  
Nama Lengkap : FRESHILIA LIONY PUTRI  
No KTP :  
Tanggal Lahir : 15-08-2001  
Tempat Lahir : PALANGKARAYA  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Status Pernikahan : Lajang

### Penerima Manfaat 4

Hubungan Dengan Calon Tertanggung : Anak  
Nama Lengkap : FELICIA VANIA SHAREN  
No KTP :  
Tanggal Lahir : 19-06-2017  
Tempat Lahir : PALANGKARAYA  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Status Pernikahan : Lajang

### Penerima Manfaat 5

Hubungan Dengan Calon Tertanggung : Anak  
Nama Lengkap : FINNACATHALINA FIDEVINE JUDITH  
No KTP :  
Tanggal Lahir : 28-01-2019  
Tempat Lahir : PALANGKARAYA  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Status Pernikahan : Lajang

### Surat Keterangan Kesehatan (SKK) Calon Tertanggung Utama

- Apakah ayah/ibu (Hidup/ Meninggal) pernah menderita dan/atau sedang menderita dan/atau meninggal dunia karena salah satu atau beberapa penyakit sebagai berikut: penyakit jantung, stroke, tekanan darah tinggi, TBC, diabetes, penyakit ginjal, hepatitis, tumor / kanker, kelainan psikologis, penyakit keturunan dan menular lainnya? Tidak  
Ayah Kandung : 67 Tahun, Telah Meninggal Karena SAKIT TUA, Lama Sakit 1 BULAN, Tanggal Meninggal 22-07-2007  
Ibu Kandung : 77 Tahun, Masih Hidup Sehat
- Apakah ada anggota keluarga (suami/istri, anak, kakak/adik) yang pernah menderita dan/atau sedang menderita dan/atau meninggal dunia karena salah satu atau beberapa penyakit sebagai berikut : penyakit jantung, stroke, tekanan darah tinggi, TBC, diabetes, penyakit ginjal, hepatitis, tumor / kanker, kelainan psikologis, penyakit keturunan dan menular lainnya? Tidak
- Apakah merasa sehat? Ya

## SURAT PERMINTAAN ASURANSI JIWA (SPAJ)

Nomor O2300310919

- Apakah Anda dapat melakukan pekerjaan dengan baik? Ya
- Apakah Anda pernah mengalami gejala-gejala, diperiksa, menderita, mendapat pengobatan oleh dokter dan disarankan untuk rawat inap, rawat jalan di Fasilitas Kesehatan/Rumah Sakit?
  - Tidak, Hepatitis A/B/C/D/E, Hati (selain Hepatitis) dan Kandung Empedu.
  - Tidak, Usus, Pankreas, Wasir dan Organ Pencernaan lain.
  - Tidak, Ginjal, Batu Ginjal, Saluran Kemih dan Prostat.
  - Tidak, Nyeri Dada, Jantung, Jantung Bawaan, Demam Rheuma, Pembuluh Darah dan Stroke.
  - Tidak, Payudara, Kandungan dan Indung Telur.
  - Tidak, Alergi, Penyakit Kulit, penyakit kelamin.
  - Tidak, Mata, Telinga, Hidung, Tenggorokan (THT), Kelenjar Gondok/Tiroid, Sinus dan gangguan bicara.
  - Tidak, Sakit Kepala, Migran, Pusing, Vertigo, Otak, Syaraf, Epilepsi, Ayan, Kejang, Pingsan dan Kelumpuhan.
  - Tidak, Polio, Gangguan pada anggota tubuh, Gangguan Persendian, Rematik, Kelainan pada Otot, Sendi, Tulang.
  - Tidak, Kecelakaan dan cedera berat berkepanjangan.
  - Tidak, Hernia.
  - Tidak, Kelainan Psikologis.
  - Tidak, Kencing Manis, Asam Urat, Kolesterol, Penyakit Endokrin/ Hormon Lain.
  - Tidak, Tuberkulosis (TBC), Gangguan Pernafasan, batuk berkepanjangan, sesak nafas, Bronkitis, Asthma, Batuk darah.
  - Tidak, 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).
  - Tidak, Tumor/Kista/Benjolan/pembengkakan/Kanker.
  - Tidak, Anemia, Hemofilia atau Kelainan Darah, Tekanan Darah Rendah, Tekanan Darah Tinggi.
  - Tidak, Malaria.
  - Tidak, Cacat bawaan / kehilangan fungsi pada anggota tubuh.
- Apakah Anda pernah atau sedang menggunakan obat-obatan terlarang, narkoba atau bahan adiktif lainnya? Tidak
- Apakah ada obat-obatan lain yang di konsumsi? Tidak
- Apakah Anda minum minuman beralkohol lebih dari 750 ml per minggu? Tidak
- Apakah Anda Merokok? Tidak
- Apakah Anda pernah mengalami tanda dan/atau gejala gangguan kesehatan yang mengarah ke diagnosis COVID-19, dalam hal ini, termasuk namun tidak terbatas pada adanya demam, batuk, nyeri tenggorokan, sesak nafas, gangguan pernafasan, keletihan, dan/atau memiliki riwayat kontak dengan pasien suspek, terkonfirmasi COVID-19, PDP, ODP dalam waktu 14 (empat belas) hari terakhir? Tidak
- Apakah Anda pernah memeriksakan pada dokter, dirawat di Rumah Sakit, Sanatorium, atau tempat istirahat lain karena sakit (pemulihan) atau saat ini sedang mendapat pengobatan dokter dan mendapatkan obat yang dikonsumsi secara teratur? Tidak
- Apakah Anda pernah mendapatkan luka berat atau dioperasi? Tidak
- Apakah Anda tidak menginginkan pemberlakuan masa tunggu (waiting period) sesuai ketentuan polis dan bersedia melakukan pemeriksaan kesehatan sesuai ketentuan dengan biaya ditanggung oleh Calon Pemegang Polis ? Tidak
- Apakah saat ini Anda dalam keadaan hamil? Tidak
- Apakah Anda pernah mengalami operasi (sectio caesarea), keguguran/aborsi/kehamilan diluar kandungan/ menderita kelainan payudara/ gangguan menstruasi/endometriosis/gangguan atau penyakit saat kehamilan atau melahirkan atau kelainan alat reproduksi lainnya? Tidak
- Apakah Anda pernah melakukan Pap Smear / USG kandungan / mamografi? Tidak

### Identitas Calon Pemegang Polis

Nama Lengkap : DWI Prawitarini  
Nama Alias :  
Nomor KTP : 6271034408750003  
Tanggal Lahir : 04-08-1975

**SURAT PERMINTAAN ASURANSI JIWA (SPAJ)**

Nomor O2300310919

Tempat Lahir : Surabaya  
Nomor NPWP :  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : PROTESTAN  
Swafoto :

**Alamat KTP Calon Pemegang Polis**

Status : Milik Sendiri  
Alamat : JL KUTILANG NO 041 RT.002 RW018 Kec. Jekan Raya Kel. Palangka, Kota Palangka Raya,  
Kalimantan Tengah 73112  
Provinsi : Kalimantan Tengah  
Kabupaten/Kota : Kota Palangka Raya  
Kodepos : 73112

**Alamat Surat Menyurat Calon Pemegang Polis**

Status : Milik Sendiri  
Alamat : JL KUTILANG NO 041 RT.002 RW018 Kec. Jekan Raya Kel. Palangka, Kota Palangka Raya,  
Kalimantan Tengah 73112  
Provinsi : Kalimantan Tengah  
Kabupaten/Kota : Kota Palangka Raya  
Kodepos : 73112

**Kontak dan Telepon**

Nomor HP : 082150498979  
Nomor Telepon : 082150498979  
Email : dprawitarini@gmail.com

**Persetujuan Agar Dapat Dihubungi**

Saya Setuju Ditelepon Melalui HP/Telepon.  
Saya Setuju Dihubungi Melalui Email.

**Data Pendukung Calon Pemegang Polis**

Hubungan Dengan Calon Tertanggung Utama : Diri Tertanggung  
Tinggi Badan : 158cm  
Berat Badan : 54kg  
Nama Ibu Kandung : Sri wisudaningsih  
Pendidikan Terakhir : S1  
Status Pernikahan : Kawin

**Pekerjaan Calon Pemegang Polis**

## SURAT PERMINTAAN ASURANSI JIWA (SPAJ)

Nomor O2300310919

Pekerjaan : Administrasi & Manajer  
Pangkat/Golongan : Kepala Bagian

### Pendapatan Setahun

Gaji	: 150.000.000		
Penghasilan Suami/Istri	: 0	Usia Produktif Suami/Istri	: - Tahun
Pendapatan Hasil Investasi	: 0		
Pendapatan Hasil Bisnis	: 0		
Bonus/Investasi/Komisi	: 0		
Pendapatan Orang Tua	: 0	Usia Produktif Orang Tua	: - Tahun
Pendapatan Lain	: 0		
Sumber Pendapatan Lain	: -		

### Jika Usaha Sendiri (Wiraswasta)

Kepemilikan Usaha :  
Bidang Usaha :  
Nama Usaha :  
Alamat Usaha :

### Perusahaan Tempat Bekerja

Jenis Perusahaan : PNS  
Nama Perusahaan : BNN propinsi Kalteng  
Alamat Perusahaan : Jl tangkasiang No 12 palangkaraya  
Kodepos Perusahaan : 73112  
Telepon Perusahaan : 0536 3226398  
Ekstension : 0

### Data Kewajiban Pajak Luar Negeri

Negara : -  
Nomor Wajib Pajak / *Taxpayer Identification Number* (TIN) : -  
Alasan Jika Tidak Ada TIN, Jelaskan : -

### Rekening Calon Pemegang polis

Nama Bank : BRI  
Cabang Bank : PALANGKARAYA  
Nomor Rekening : 454101017618535  
Atas Nama : DWI PRAWITARINI

### Pernyataan Calon Pemegang Polis

Dengan ini saya/kami sebagai Calon Pemegang Polis dan/atau Calon Tertanggung atas nama sendiri dengan ini menyatakan dan menyetujui :

- Seluruh keterangan, informasi dan pernyataan yang tertulis di dalam SPAJ dan SKK serta dokumen lainnya sebagai dokumen pendukung SPAJ ini telah Pemberi Pernyataan berikan sesuai dengan apa yang pihaknya ketahui secara lengkap dan benar, dan akan menjadi dasar dari ketentuan-ketentuan dalam Polis.
- Semua keterangan, isian yang telah Pemberi Pernyataan sampaikan kepada PT Asuransi Jiwa IFG dan telah Pemberi Pernyataan tuliskan di dalam SPAJ dan SKK ini adalah benar adanya, tanpa ada hal-hal lain yang Pemberi Pernyataan sembunyikan, tanpa ada tekanan ataupun paksaan dari siapapun juga dan Pemberi Pernyataan buat dalam keadaan sadar.
- Dalam hal SPAJ dan SKK ini dituliskan oleh Agen Penutup adalah semata-mata membantu Pemberi Pernyataan untuk mempercepat proses penutupan asuransi ini yang didasarkan atas keinginan dan persetujuan dari Pemberi Pernyataan,

## SURAT PERMINTAAN ASURANSI JIWA (SPAJ)

Nomor O2300310919

seluruh isian yang tercantum di dalamnya sudah Pemberi Pernyataan ketahui kebenarannya sebelum Pemberi Pernyataan tandatangani karena seluruh jawaban yang tertulis dalam SPAJ dan SKK tersebut berasal dari informasi yang telah diberikan Pemberi Pernyataan kepada Agen Penutup yang bersangkutan.

- Tunduk dan mengikatkan diri pada ketentuan-ketentuan dalam Polis, Syarat-syarat Umum Polis Asuransi dan Ketentuan Khusus Polis Asuransi PT Asuransi Jiwa IFG serta peraturan perundang-undangan yang berlaku di Indonesia.
- Seluruh transaksi yang dilakukan Calon Pemegang Polis pada PT Asuransi Jiwa IFG berdasarkan SPAJ ini tidak berasal dari tindakan pidana pencucian uang (money laundering) sebagaimana dimaksud dalam undang-undang tentang pencegahan dan pemberantasan tindak pidana pencucian uang beserta perubahannya di kemudian hari dari waktu ke waktu. Tidak akan melakukan praktik suap, gratifikasi, serta tindakan yang mengarah pada Korupsi, Kolusi dan Nepotisme (KKN). Apabila ada indikasi pelanggaran atas undang-undang dimaksud, maka PT Asuransi Jiwa IFG akan melaksanakan kewajibannya sesuai dengan ketentuan yang berlaku, termasuk melakukan kewajiban pelaporan atas transaksi keuangan yang mencurigakan.
- Pemberi Pernyataan mengerti dan telah mendapatkan penjelasan mengenai :
  - Pertanggunggaan akan dimulai sejak Tanggal Berlakunya Polis yang tertera pada Polis atau dalam Perubahan Polis (lampiran/klausula Polis) dengan ketentuan bahwa Premi pertama telah dilunasi.
  - Bahwa Pemberi Pernyataan dapat membatalkan maksud Pemberi Pernyataan untuk mempertanggungggan diri Tertanggung berdasarkan Polis yang akan diterbitkan oleh PT Asuransi Jiwa IFG dengan mengembalikan Polis yang Pemberi Pernyataan terima dalam jangka waktu 14 (empat belas) hari kalender sejak tanggal Polis diterima oleh Pemberi Pernyataan.
  - Apabila Pemberi Pernyataan membatalkan Polis sebagaimana dimaksud butir b angka ini dan terdapat Pengembalian Premi pertama maka PT Asuransi Jiwa IFG akan melakukan transfer ke rekening yang telah disampaikan dalam SPAJ ini.
  - Kecuali ditentukan lain berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku, transaksi penarikan Nilai Tunai/penebusan Polis yang dilakukan tidak dikenakan Pajak.
  - Jika Pembayaran Premi dilakukan secara regular/berkala, maka Pembayaran Premi regular/berkala lanjutan dilakukan secara non tunai yaitu melalui transfer atau sarana lain yang disediakan oleh Penanggung.
- Bahwa semua data Calon Pemegang Polis maupun Calon Tertanggung yang tercantum di dalam Surat Permintaan Asuransi Jiwa dan seluruh data yang ada, di kemudian hari dapat dipergunakan oleh PT Asuransi Jiwa IFG untuk memberikan pelayanan atas SPAJ dan/atau Polis setelah diterbitkan dan memberi informasi produk terbaru dan informasi terkait lainnya.
- Memberi kuasa kepada dokter, klinik / laboratorium, Rumah Sakit, perusahaan asuransi, badan hukum, instansi lain, organisasi lain atau perorangan, yang memiliki catatan atau mengetahui keadaan atau Riwayat Kesehatan Pemberi Pernyataan atau suami/istri atau putra/putri Pemberi Pernyataan, riwayat pengobatan atau perawatan di Rumah Sakit, untuk memberitahu kepada PT Asuransi Jiwa IFG atau pihak lain yang ditunjuk oleh PT Asuransi Jiwa IFG. Kuasa ini tidak berakhir dengan sebab apapun, termasuk meninggalnya Pemberi Pernyataan maupun sebab-sebab yang disebutkan dalam Pasal 1813, 1814 dan 1816 Kitab Undang-undang Hukum Perdata Indonesia.
- Saya memahami bahwa jika saya memilih untuk tidak melakukan pemeriksaan kesehatan terlebih dahulu maka apabila terjadi risiko yang dipertanggungggan sebagaimana dinyatakan dalam ketentuan Polis pada masa tunggu (waiting period), saya tidak berhak menerima manfaat perlindungan risiko berdasarkan Ketentuan Polis. Risiko yang tidak dijamin dalam masa tunggu (waiting period) tersebut sebagaimana dinyatakan dalam Polis Asuransi.
- Saya memahami dan menyetujui bahwa Polis akan dibuat dalam bentuk elektronik ("Polis Elektronik") dan atas hal tersebut saya bersedia untuk menerima Polis Elektronik yang akan dikirimkan oleh IFG Life melalui alamat email pribadi saya yang dicantumkan pada pengisian formulir pengajuan asuransi ini.
- Saya dan IFG Life sepakat bahwa Polis Elektronik akan memiliki kekuatan hukum yang sama dengan Polis yang dicetak dalam bentuk fisik (hardcopy). Dalam hal saya menginginkan polis dalam bentuk fisik (hardcopy), maka saya selaku Pemegang Polis/Tertanggung terlebih dahulu akan melakukan proses cetak polis (printout) dari Polis Elektronik ini melalui kantor representatif IFG Life terdekat atau menghubungi customer care IFG Life.
- Saya menyetujui atas Proposal dengan *build id* : 2307238223
- Ikhtisar Polis Dikirim ke : Alamat KTP

Pernyataan Khusus Pembentukan Unit



## **SURAT PERMINTAAN ASURANSI JIWA (SPAJ)**

Nomor O2300310919

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca dan menyetujui Pernyataan Khusus Pembentukan Unit Premi pertama di bawah ini :

- Bahwa Saya/Kami yang memberikan tanda tangan di bawah ini telah mendapatkan penjelasan secara menyeluruh dari Agen Penutup dan selanjutnya mengerti dan menerima (khusus produk IFG Life Protection Platinum) mengenai:
  - Unit awal akan dibentuk dalam Polis berdasarkan Harga Unit yang akan ditentukan pada tanggal perhitungan berikutnya pada tanggal Polis di terbitkan.
  - Pertanggungan dan/atau Polis menjadi batal apabila keterangan, pernyataan atau pemberitahuan yang disampaikan kepada PT Asuransi Jiwa IFG ternyata tidak benar atau keliru yang sifatnya sedemikian rupa sehingga pertanggungan dan/atau Polis tidak akan diadakan atau tidak diadakan dengan syarat-syarat yang sama bila PT Asuransi Jiwa IFG mengetahui keadaan yang sesungguhnya tersebut.
  - Adanya Biaya Akuisisi yaitu biaya yang dikenakan sehubungan dengan permohonan pertanggungan dan penerbitan Polis yang telah ditetapkan besarnya dan dikenakan sampai dengan masa tertentu.
  - Adanya Biaya Asuransi bulanan yang besarnya tergantung dari besarnya Uang Asuransi Dasar dan Uang Asuransi Tambahan (jika ada), Usia Tertanggung, Jenis Kelamin Tertanggung, Merokok atau tidaknya Tertanggung, Kelas Pekerjaan, Kesehatan Tertanggung dan ditambah Biaya Administrasi Bulanan.
  - Segala resiko pemilihan jenis alokasi investasi menjadi tanggung jawab saya/kami.
  - Seluruh Manfaat Asuransi hanya dapat diberikan oleh PT Asuransi Jiwa IFG ("IFG Life") jika seluruh Biaya Asuransi dipenuhi.
  - Manfaat Asuransi Dasar dan Asuransi Tambahan termasuk syarat-syarat dan pengecualian yang tercantum dalam Polis Asuransi.
- Saya/Kami menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Saya/Kami telah membaca dan menyetujui Pernyataan Khusus Pembentukan Unit Premi pertama di bawah ini:
  - Harga Unit yang digunakan pada Premi Pertama akan terbentuk setelah diterimanya SPAJ lengkap, teridentifikasinya seluruh pembayaran Premi pertama di Kantor Pusat oleh Penanggung. Tanggal Perhitungan Harga Unit adalah Tanggal Perhitungan berikutnya setelah diterimanya SPAJ lengkap, teridentifikasinya seluruh pembayaran Premi pertama di Kantor Pusat atau data SPAJ telah dientri melalui sistem, mana yang paling akhir.
  - Saya/Kami tidak dapat mengajukan perubahan besar nilai Premi, Jenis Dana Investasi dan Alokasi Dana Investasi sebelum Polis terbit.
  - Jika pengajuan asuransi saya dikenakan keputusan substandard dan terdapat perubahan nominal Premi maupun komposisi Premi, maka Tanggal Perhitungan Harga Unit menjadi Tanggal Perhitungan berikutnya setelah diterimanya surat persetujuan keputusan substandard atas SPAJ ini atau teridentifikasinya seluruh pembayaran Premi pertama di Kantor Pusat, mana yang paling akhir.
  - Pembayaran Premi Pertama untuk pembentukan Unit dilakukan melalui mekanisme Host To Host.
  - Untuk pembayaran Premi lanjutan, Tanggal Perhitungan Harga Unit untuk Premi Lanjutan adalah tanggal Perhitungan berikutnya setelah Premi lanjutan tersebut teridentifikasi di Kantor Pusat atau tanggal Polis terbit, mana yang paling akhir.

### **Pernyataan Agen Penutup**

Dengan Ini saya menyatakan bahwa :

- Saya mengenal Calon Pemegang Polis/Calon Tertanggung/Calon Pembayar Premi selama : Lebih dari sama dengan 5 Tahun
- Semua keterangan yang terdapat di SPAJ ini adalah semata-mata keterangan yang diberikan oleh Calon Pemegang Polis/Calon Tertanggung/Calon Pembayar Premi, saya tidak menyembunyikan informasi atau keterangan apapun yang telah diberikan oleh Calon Pemegang Polis/Calon Tertanggung/Calon Pembayar Premi yang dapat mempengaruhi penerimaan SPAJ ini.
- Saya telah menerangkan semua isi butir pernyataan di SPAJ dengan jelas dan menjelaskan informasi/ keterangan mengenai produk asuransi dan manfaatnya sesuai dengan Syarat Umum Polis dan/atau Syarat-Syarat Umum Polis dan Ketentuan Khusus Polis Asuransi, termasuk menjelaskan bahwa jawaban yang tidak benar pada pengisian SPAJ akan berakibat klaim tidak dibayarkan serta berakibat batalnya polis.
- Dalam hal saya membantu Calon Pemegang Polis/Calon Tertanggung mengisi SPAJ dan SKK ini adalah semata-mata

## SURAT PERMINTAAN ASURANSI JIWA (SPAJ)

Nomor O2300310919

membantu berdasarkan keinginan dan permintaan Calon Pemegang Polis/Calon Tertanggung untuk mempercepat proses penutupan asuransi, dimana seluruh isian yang tercantum didalamnya sudah saya konfirmasi kebenarannya kepada Calon Pemegang Polis/Calon Tertanggung sebelum SPAJ dan SKK ini ditandatangani oleh Calon Pemegang Polis/Calon Tertanggung.

- Calon Pemegang Polis/Calon Tertanggung/Calon Pembayar Premi adalah benar seorang yang berkepribadian baik dan jujur dalam segala urusan.
- Saya telah bertemu dan melihat secara langsung kondisi terakhir Calon Tertanggung pada saat SPAJ ini diisi dan ditandatangani serta mengecek kebenaran dan kelengkapan pengisiannya.
- Calon Tertanggung dalam keadaan sehat sewaktu mengisi SPAJ ini
- Premi yang dibayar sudah sesuai dengan kondisi keuangan Calon Pemegang Polis atau Calon Pembayar Premi untuk kelangsungan Polis yang diajukan
- Yang memulai proses penutupan/closing asuransi jiwa ini adalah : Agen Penutup

Dengan ini Calon Pemegang Polis telah mengerti dan menyetujui hal-hal sebagai berikut:

Calon Pemegang Polis wajib melakukan pembayaran Premi asuransi melalui kanal/channel pembayaran resmi yang telah disediakan oleh Perusahaan.

Perusahaan hanya mengakui pembayaran Premi asuransi yang dilakukan Calon Pemegang Polis melalui kanal/channel pembayaran resmi yang disediakan Perusahaan.

### Tanda Tangan

Calon Tertanggung Utama :



Calon Pemegang Polis :



Agen Penutup :



### Dokumen

Tipe : Kartu Tanda Penduduk

Nama : KTP

Keterangan : BAIK

File :

