



Nomor SPAJ :

Nomor Polis :

Nama Produk :

Nama Perusahaan / Bank :

Kode Perusahaan :

Diisi oleh Marketing / Tenaga Pemasaran

Nama Marketing / Tenaga Pemasaran :

Nama Koordinator Pemasaran :

Untuk Perhatian :  
- Mohon diisi secara lengkap dan benar. Gunakan tinta warna hitam, huruf cetak dan tulisan jelas.  
- Berikan tanda ✓ pada kotak jawaban yang sesuai.

Perihal : **SURAT PERMOHONAN ASURANSI JIWA (SPAJ)**  
No.Customer : \_\_\_\_\_  
(diisi oleh Underwriting)

I. DATA PRIBADI CALON TERTANGGUNG (Lampirkan fotokopi KTP/identitas diri yang berlaku)

Nama Lengkap : \_\_\_\_\_  
(Sesuai KTP / identitas diri)

Jenis Kelamin : ☐ Pria ☐ Wanita

Tempat/Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_  
(Sesuai KTP / identitas diri)

Tanggal Lahir \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Usia \_\_\_\_ tahun

Kewarganegaraan : \_\_\_\_\_

Jika Anda warga negara asing atau pemegang kartu U.S Green card (American Person), Anda diwajibkan mengisi Formulir Pernyataan Diri Individual CRS (Common Reporting Standard) yang kami sediakan

Nama Gadis Ibu Kandung : \_\_\_\_\_

Alamat Tinggal : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Kota : \_\_\_\_\_ Kode Pos : \_\_\_\_\_  
Tel. : \_\_\_\_\_ HP : \_\_\_\_\_

e-Mail : \_\_\_\_\_

NIK : \_\_\_\_\_  
(Nomor Induk Kependudukan)

NPWP : \_\_\_\_\_

Pekerjaan : \_\_\_\_\_

Uraian Pekerjaan : \_\_\_\_\_

Nama Perusahaan : \_\_\_\_\_

Bidang Usaha : \_\_\_\_\_

Penghasilan /tahun : ☐ < Rp 100 Juta ☐ > Rp 100 Juta - 500 Juta ☐ > Rp 500 Juta - 1 Milyar ☐ > Rp 1 Milyar

Sumber Pendanaan : ☐ Tabungan ☐ Penghasilan ☐ Pinjaman ☐ Lain-lain, Sebutkan \_\_\_\_\_

Informasi Rekening : Nama Bank : \_\_\_\_\_ Cabang Bank : \_\_\_\_\_  
No. Rekening : \_\_\_\_\_ Nama Pemilik Rekening : \_\_\_\_\_

Tujuan pengajuan menjadi Peserta Asuransi Jiwa : \_\_\_\_\_

Uang Pertanggungan : Rp \_\_\_\_\_

Premi Sekaligus : Rp \_\_\_\_\_ Tingkat Bunga /tahun : \_\_\_\_\_ %

Mulai Pertanggungan : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ s.d. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Lama Pertanggungan : \_\_\_\_\_ tahun \_\_\_\_\_ bulan  

Tgl bln thn tgl bln thn

Nama Penerima Manfaat Asuransi : \_\_\_\_\_ Hubungan dengan Tertanggung : \_\_\_\_\_

Polis asuransi jiwa lain yang dimiliki  
(Mohon dapat disebutkan jika ada, atau dijawab "Tidak ada" jika tidak memiliki polis asuransi jiwa lain. Lampirkan tambahan dokumen jika baris tidak mencukupi)

No. Polis / Jenis Asuransi	Jumlah Uang Pertanggungan	Nama Perusahaan Asuransi	Hasil Akseptasi

II. PERNYATAAN KESEHATAN (Wajib diisi lengkap oleh Calon Tertanggung)

1. Berapakah tinggi badan dan berat badan Anda sekarang?

\_\_\_\_\_ cm / \_\_\_\_\_ kg

2. Apakah Anda sedang dalam perawatan dokter karena suatu penyakit?  
Jika Ya, sebutkan penyakit yang diderita dan sejak kapan.

☐ Tidak ☐ Ya, \_\_\_\_\_

3. Apakah Anda pernah dirawat di Rumah Sakit / dioperasi dalam 5 (lima) tahun terakhir ini?  
Jika Ya, kapan dan sebutkan penyakit yang diderita atau operasi yang dilakukan.

☐ Tidak ☐ Ya, \_\_\_\_\_

4. Apakah Anda pernah menderita penyakit kanker atau pertumbuhan sel lainnya, TBC, kencing manis, hati, ginjal, jantung, ayon, gangguan jiwa, tekanan darah tinggi atau penyakit lainnya?  
Jika Ya, sebutkan penyakitnya, dan kapan?

☐ Tidak ☐ Ya, \_\_\_\_\_

5. Khusus untuk wanita:  
a. Apakah Anda sedang hamil? Usia kehamilan \_\_\_\_\_ minggu  
b. Adakah komplikasi pada kehamilan?

☐ Tidak ☐ Ya, \_\_\_\_\_  
☐ Tidak ☐ Ya, \_\_\_\_\_

Apabila dari hasil pemeriksaan kesehatan saya ditemulan kondisi kesehatan di luar kondisi standar akan tetapi masih dapat diterima dalam pertanggungan ini dengan tambahan Extra Premi, jika saya menyetujui maka saya berdesdia membayar Extra Premi tersebut.

PERNYATAAN DAN KUASA

Dengan ini SAYA/KAMI sebagai calon Pemegang Polis dan/atau calon Tertanggung menyatakan setuju bahwa:

1. SAYA/KAMI atas nama diri sendiri atau Perusahaan atau badan hukum yang saya wakili dan mempunyai kepentingan atau tuntutan terhadap pertanggungan yang dimohonkan dengan ini meyakini dan menyatakan bahwa SAYA/KAMI telah mendapat informasi yang benar, tidak palsu, dan/atau tidak menyesatkan mengenai risiko, manfaat, kewajiban dari pembebanan biaya mengenai produk asuransi yang ditawarkan oleh PT AJ Central Asia Raya sesuai peraturan perundang-undangan.
2. Semua pernyataan, keterangan dan jawaban yang dinyatakan dalam SPAJ ini serta apabila dilakukan pemeriksaan kesehatan telah diberikan sesuai dengan apa yang diketahui secara lengkap dan benar oleh Calon Pemegang Polis dan/atau Calon Tertanggung dan menjadi dasar bagian dari Polis yang akan diterbitkan PT AJ Central Asia Raya.
3. Dalam hal di kemudian hari diketahui pernyataan/keterangan/data yang diberikan keliru atau tidak benar atau hal-hal yang diketahui oleh calon Pemegang Polis dan/atau Tertanggung akan tetapi tidak diberitahukan/diungkapkan kepada PT AJ Central Asia Raya, maka Polis yang diterbitkan berdasarkan SPAJ ini menjadi batal demi hukum (pasal 251 KUHD) walaupun sebelum dan/atau sesudah Polis ini diterbitkan telah dilakukan pemeriksaan kesehatan oleh karenanya PT AJ Central Asia Raya tidak berkewajiban membayar klaim yang diajukan atasnya.
4. PT AJ Central Asia Raya telah menjalankan Peraturan Otoritas Jasa Keuangan (POJK) terkait Anti Pencucian Uang, Pencegahan Pendanaan Terorisme, dan Pencegahan Pendanaan Proliferasi Senjata Pemusnah Massal (APU, PPT, PPPSPM), SAYA/KAMI menyatakan bahwa sumber dana untuk pembayaran premi bukan berasal dari tindak pidana.
5. Pertanggungan hanya berlaku dalam hal Tertanggung diterima dalam kepesertaan asuransi oleh Penanggung dan premi pertama sudah dibayar lunas.
6. SAYA/KAMI memberikan kuasa yang tidak dapat dicabut kembali kepada Perusahaan dan afiliasinya untuk mendapatkan semua catatan Riwayat kesehatan SAYA/KAMI dan tenaga medis/rumah sakit/klinik, Puskesmas dan/atau laboratorium, perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi, badan, instansi/lembaga atau pihak lain yang memiliki catatan riwayat kesehatan SAYA/KAMI dan untuk memberikan catatan riwayat Kesehatan SAYA/KAMI kepada pihak ketiga selama pihak ketiga tersebut dapat menunjukan secara wajar bahwa mereka memiliki kewenangan berdasarkan perjanjian atau peraturan dan perundang-undangan atau kuasa dari SAYA/KAMI untuk mendapatkan catatan riwayat kesehatan SAYA/KAMI. Kuasa ini merupakan hal yang tidak terpisahkan dari SPAJ dan mengikat SAYA/KAMI, ahli waris, dan keluarga SAYA/KAMI. Untuk pelaksanaan kuasa ini SAYA/KAMI dengan ini melepaskan ketentuan-ketentuan dalam pasal 1813, 1814 dan 1816 Kitab Undang-undang Hukum Perdata (KUHPerdata). Salinan/fotocopy dari kuasa ini sama sah dan berlakunya sesuai dengan dokumen aslinya.
7. Transaksi keuangan yang dilakukan kepada/dengan Pemegang Polis dan/atau Penanggung tidak berasal dari/atau berkaitan dengan tindak pidana terkait dengan undang-undang pencucian uang (*money laundering*). Dalam hal ada indikasi pelanggaran atas Undang-undang sebagaimana dimaksud, maka Penanggung/Perusahaan akan melaksanakan kewajibannya sesuai undang-undang, termasuk tetapi tidak terbatas kepada melakukan kewajiban pelaporan atas transaksi keuangan yang mencurigakan dan/atau membatalkan Polis.
8. Agen atau Tenaga Pemasar dan dokter pemeriksa dari Penanggung tidak mempunyai wewenang untuk membuat dan/atau mengubah ketentuan-ketentuan dalam Polis dan/atau memutuskan apakah Saya/Kami dapat dipertanggungkan dalam produk Asuransi yang dimohonkan ini.
9. SAYA/KAMI memberikan kuasa yang tidak dapat dicabut kembali kepada Penanggung dan afiliasinya untuk memberitahukan kepada pihak ketiga dan/atau menggunakan informasi dan data yang diberikan.
10. SAYA/KAMI memberikan kuasa kepada tenaga medis, laboratorium, rumah sakit/klinik, Puskesmas dan/atau pihak lain yang ditunjuk oleh Penanggung untuk melakukan pemeriksaan kesehatan, menganalisis dan mengevaluasi kondisi kesehatan SAYA/KAMI, sehubungan SPAJ dan setiap pengajuan pembayaran Manfaat Asuransi yang mungkin timbul di kemudian hari.
11. SAYA/KAMI telah mengerti dan memahami bahwa investasi dalam produk asuransi (jika ada) memiliki risiko kredit, risiko pasar, risiko likuiditas, risiko hukum, dan risiko nilai tukar. Dengan menandatangani dokumen ini, SAYA/KAMI menyatakan telah membaca, mengerti dan memahami semua informasi yang tercantum pada dokumen ini serta setuju untuk tunduk pada ketentuan-ketentuan yang tercantum di dalam Polis Asuransi. Dokumen ini merupakan bagian dari Polis asuransi.
12. SAYA/KAMI dengan ini memberikan kuasa kepada Penanggung untuk menggunakan atau memberikan informasi atau keterangan mengenai SAYA/KAMI yang tersedia, diperoleh atau disimpan oleh Penanggung (sesuai yang tercantum pada SPAJ ini atau sarana/media lain), kepada pihak-pihak lain (termasuk tetapi tidak terbatas kepada perusahaan reasuransi, asuransi, lembaga, bank, atau badan hukum lain baik di dalam maupun di luar negeri) yang memiliki hubungan kerja sama dengan Penanggung dalam rangka pengajuan SPAJ ini (ketentuan Polis, pembayaran klaim, pelayanan nasabah, pelaksanaan ketentuan Polis, survei kepuasan nasabah, maupun untuk tujuan hukum dan perundang-undangan) dan karenanya dengan ditandatanganinya SPAJ ini oleh SAYA/KAMI merupakan bukti tertulis pemberian persetujuan oleh SAYA/KAMI.
13. SAYA/KAMI setuju bahwa Penanggung dapat menyampaikan Polis dalam bentuk Polis Digital/Elektronik dan Ikhtisar Polis dalam bentuk cetak/*hardcopy*.
14. SAYA/KAMI dengan ini menyatakan telah menerima dan membaca Ringkasan Informasi Layanan dan Produk (RIPLAY) yang disampaikan oleh PT Asuransi Jiwa Central Asia Raya sebagai Penanggung.
15. SAYA/KAMI dengan ini [mohon diisi / ditulis: SETUJU / TIDAK SETUJU].....memberi kuasa kepada Penanggung untuk menggunakan atau memberikan informasi atau keterangan mengenai SAYA/KAMI yang tersedia, diperoleh atau disimpan oleh Penanggung termasuk tetapi tidak terbatas kepada data informasi terkait nama, alamat, tanggal kelahiran, no. telpon, alamat e-mail dan data-data terkait lainnya untuk kepentingan penawaran produk-produk asuransi lainnya milik Penanggung, produk-produk rekanan/mitra usaha Penanggung dan karenanya dengan ditandatanganinya SPAJ ini oleh SAYA/KAMI merupakan bukti tertulis pemberian persetujuan oleh SAYA/KAMI. (Dalam hal persetujuan diberikan, SAYA/KAMI memastikan bahwa Penanggung telah menjelaskan mengenai tujuan dan konsekuensi dari persetujuan terkait dengan penggunaan informasi dalam SPAJ ini).

MOHON DIBACA DENGAN TELITI SEBELUM MENANDATANGANI SPAJ DAN  
JANGAN MENANDATANGANI SPAJ DALAM KEADAAN KOSONG

Disetujui Pemegang Polis,

Calon Tertanggung,

Tanda Tangan & Cap Perusahaan

Tanda Tangan

Nama :  
Jabatan :  
Tanggal :

Nama :  
Tanggal :