

NAMA PESERTA CALON PEMPOL
USIA PESERTA 35
NAMA ANAK Ananda
USIA ANAK 1
TURAN TABARRU 7.97%
MULAI ASURANSI

Kontribusi DISETAHUNKAN 6,000,000

TRIWULANAN 1,500,000
SEMESTERAN 3,000,000
TAHUNAN 6,000,000
SEKALIGUS 102,000,000 YA

MASA ASURANSI 17
MANFAAT AWAL 72,000,000
PENCAIRAN TAHAPAN DI PERGURUAN
TINGGI BISA TAHUNAN/SEKALIGUS*

ASUMSI HSL INVESTASI : 9%
BAGIAN HSL INVESTASI : 70%

DISAJIKAN OLEH :
TELEPON :
PONSEL :

MANFAAT ASURANSI:

1. Bila Bapak/Ibu ditakdirkan panjang umur sampai perjanjian asuransi berakhir dan bila anak sebagai penerima dana pendidikan :
- Hidup sampai dengan 4 tahun di Perguruan Tinggi, maka yang bersangkutan akan menerima Tahapan Dana Pendidikan sesuai tabel pengembangan dana
- Bila anak sebagai penerima dana pendidikan ditakdirkan meninggal dunia sebelum seluruh dana pendidikannya diterima, maka tahapan dana pendidikan yang belum diterimanya akan dibayarkan kepada ahli waris Bapak/Ibu yang lain

2. Bila Bapak/Ibu ditakdirkan meninggal dunia dalam masa asuransi ahli waris yang ditunjuk akan menerima :
Misalkan meninggal pada tahun ke: 5 akan menerima :

a. Nilai tunai Kontribusi :
- Akumulasi Kontribusi tabungan : Rp 22,387,800
- Akumulasi keuntungan hasil investasi : Rp 4,283,757
b. Nilai tunai titipan Kontribusi (untuk Kontribusi sekaligus) :
- Titipan Kontribusi : Rp 72,000,000
- Akumulasi keuntungan hasil investasi : Rp 30,272,206
c. Santunan Kebajikan : Rp 72,000,000

d. Tahapan sebelum masuk perguruan tinggi
- SD (10% MA) : Rp 7,200,000
- SMP (15% MA) : Rp 10,800,000
- SMA (20% MA) : Rp 14,400,000

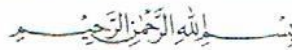
e. Tahapan selama perguruan tinggi
- PT thn ke-1 (30% MA) : Rp 21,600,000
- PT thn ke-2 (15% MA) : Rp 10,800,000
- PT thn ke-3 (20% MA) : Rp 14,400,000
- PT thn ke-4 (20% MA) : Rp 14,400,000
- PT thn ke-5 (25% MA) : Rp 18,000,000
Total Dana Diterima : Rp 312,543,762

MANFAAT Kontribusi SEKALIGUS

Jika Bpk/Ibu membayar Kontribusi secara sekaligus, maka nilai tunai titipan Kontribusi akan diserahkan kepada pemegang polis/ahli waris pada saat pencairan tahapan masuk perguruan tinggi atau saat klaim meninggal jika peserta ditakdirkan meninggal sebelum kontrak berakhir.

Th.	Usia Anak	Akumulasi Kontribusi	Akumulasi			Santunan Kebajikan	Nilai Tunai	Klaim Meninggal	Dana Tahapan Pendidikan		Ujrah	Titipan Kontribusi	Mudharabah Titipan Kontribusi	Nilai Tunai Titipan Kontribusi
			Turan Tabarru	Dana Investasi	Mudharabah				Keterangan	Dibayarkan				
1	1	6,000,000	478,200	3,121,800	196,673	72,000,000	3,318,473	75,318,473	-	-	2,400,000	96,000,000	6,048,000	102,048,000
2	2	12,000,000	956,400	7,503,600	681,791	72,000,000	8,185,391	80,185,391	-	-	1,140,000	90,000,000	12,099,024	102,099,024
3	3	18,000,000	1,434,600	12,465,000	1,510,038	72,000,000	13,975,038	85,975,038	-	-	560,400	84,000,000	18,153,263	102,153,263
4	4	24,000,000	1,912,800	17,426,400	2,703,034	72,000,000	20,129,434	92,129,434	-	-	560,400	78,000,000	24,210,918	102,210,918
5	5	30,000,000	2,391,000	22,387,800	4,283,757	72,000,000	26,671,557	98,671,557	-	-	560,400	72,000,000	30,272,206	102,272,206
6	6	36,000,000	2,869,200	27,349,200	6,276,633	72,000,000	33,625,833	105,625,833	SD (10% MA)	7,200,000	560,400	66,000,000	36,337,355	102,337,355
7	7	42,000,000	3,347,400	32,310,600	8,254,029	72,000,000	40,564,629	108,564,629	-	-	560,400	60,000,000	42,406,608	102,406,608
8	8	48,000,000	3,825,600	37,272,000	10,266,568	72,000,000	48,538,568	112,538,568	-	-	560,400	54,000,000	48,480,225	102,480,225
9	9	54,000,000	4,303,800	42,233,400	12,297,792	72,000,000	56,535,592	120,535,592	-	-	560,400	48,000,000	54,558,479	102,558,479
10	10	60,000,000	4,782,000	47,194,800	14,320,976	72,000,000	64,555,776	128,555,776	-	-	560,400	42,000,000	60,641,663	102,641,663
11	11	66,000,000	5,260,200	52,156,200	16,344,200	72,000,000	72,598,400	136,598,400	-	-	560,400	36,000,000	66,730,088	102,730,088
12	12	72,000,000	5,738,400	57,117,600	18,357,424	72,000,000	80,640,024	144,640,024	SMP (15% MA)	10,800,000	560,400	30,000,000	72,824,083	102,824,083
13	13	78,000,000	6,216,600	62,079,000	20,370,648	72,000,000	88,680,648	152,680,648	-	-	560,400	24,000,000	78,924,000	102,924,000
14	14	84,000,000	6,694,800	67,040,400	22,383,872	72,000,000	96,721,272	160,721,272	SMU (20% MA)	14,400,000	560,400	18,000,000	85,030,212	103,030,212
15	15	90,000,000	7,173,000	72,001,800	24,397,096	72,000,000	104,761,896	168,761,896	-	-	560,400	12,000,000	91,143,116	103,143,116
16	16	96,000,000	7,651,200	76,963,200	26,410,320	72,000,000	112,802,520	176,802,520	-	-	560,400	6,000,000	97,256,132	103,256,132
17	17	102,000,000	8,129,400	81,924,600	28,423,544	72,000,000	120,843,144	184,843,144	-	-	560,400	-	103,390,709	103,390,709
18	18	-	-	-	-	-	-	-	PT (30% MA)	21,600,000	-	-	-	-
19	19	-	-	-	-	-	-	-	PT (25% SNT)	18,000,000	-	-	-	-
20	20	-	-	-	-	-	-	-	PT (33% SNT)	22,215,637	-	-	-	-
21	21	-	-	-	-	-	-	-	PT (50% SNT)	35,975,029	-	-	-	-
22	22	-	-	-	-	-	-	-	PT (100% SNT)	25,483,330	-	-	-	-
										146,782,097	Tahapan sekaligus pada saat masuk PT		101,035,941	

* Perhitungan diatas hanya ilustrasi yang bersifat tidak mengikat dan bukan merupakan bagian dari Polis.



ASURANSI JIWA BERSAMA
(MUTUAL LIFE INSURANCE COMPANY)
BUMIPUTERA 1912
DI JAKARTA
(SELANJUTNYA DISEBUT BADAN)

NOMOR POLIS : 212300199424

BERDASARKAN SURAT PERMINTAAN ASURANSI JIWA DARI :

NAMA : NY. MEILISA ENDRASMARA, ST.

ALAMAT : JL. WUNI NO.11 RT/RW:04/06 BARENG KLOJEN MALANG MALANG JAWA TIMUR

PEKERJAAN : KARYAWAN SWASTA UBJOM PAITON
(SELANJUTNYA DISEBUT PESERTA)

BADAN DAN PESERTA DENGAN INI MENGADAKAN PERJANJIAN ASURANSI ATAS DIRI :

NAMA : NY. MEILISA ENDRASMARA, ST.

TEMPAT LAHIR : MALANG

TANGGAL LAHIR : 21-05-1983

ALAMAT : JL. WUNI NO.11 RT/RW:04/06 BARENG KLOJEN MALANG MALANG JAWA TIMUR

PEKERJAAN : KARYAWAN SWASTA UBJOM PAITON
(SELANJUTNYA DISEBUT PIHAK YANG DIASURANSIKAN)

PESERTA MENYETUJUI DAN MENYANGGUPI UNTUK MEMBAYARKAN KONTRIBUSI KEPADA BADAN, DI KANTOR PUSAT BADAN ATAU TEMPAT LAIN YANG DITETAPKAN OLEH BADAN, SELAMA POLIS INI MASIH BERLAKU.

BADAN MENYETUJUI DAN MENYANGGUPI UNTUK MENGELOLA KONTRIBUSI PESERTA DAN MEMBERIKAN MANFAAT ASURANSI SESUAI KETENTUAN DI DALAM POLIS INI.

POLIS INI MENGGUNAKAN AKAD TABARRU', AKAD WAKALAH BIL UJRAH DAN AKAD MUHARRAH. POLIS INI BERLAKU SESUAI DENGAN KETENTUAN YANG TERCANTUM DALAM RINCIAN SYARAT-SYARAT UMUM POLIS ASURANSI JIWA SYARIAH, SYARAT-SYARAT KHUSUS ASURANSI JIWA SYARIAH, DAN ANGGARAN DASAR AJB BUMIPUTERA 1912, YANG MERUPAKAN SATU KESATUAN DAN BAGIAN MUTLAK YANG TIDAK TERPISAHKAN DARI POLIS INI.

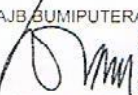
DITERBITKAN DI JAKARTA, 1 November 2012

PESERTA

NY. MEILISA ENDRASMARA, ST.

No SP : MLGSS201210000040

AJB BUMIPUTERA 1912


Dirman Pardosi
Direktur Utama

12.00138


Rp 206.000
02/11/12 0800
MARI Berasuransi

Nomor Polis : 212300199424
 Nama Peserta : NY. MEILISA ENDRASMARA, ST.
 Nama Pihak Yang Diasuransikan : NY. MEILISA ENDRASMARA, ST.
 Tempat / Tanggal Lahir : MALANG / 21-05-1983
 Umur Pada Saat Masuk Asuransi : 29 Tahun
 Macam Asuransi : MITRA IQRA PLUS
 TANPA PEMERIKSAAN DOKTER

Masa Asuransi : 15 Tahun
 Mulai Asuransi : 31 OKTOBER 2012
 Akhir Asuransi : 30 OKTOBER 2027
 Manfaat Awal : Rp. 72.000.000
 Kontribusi : Rp. 6.000.000 / Tahunan

Rincian Kontribusi Tahun Pertama

Iuran Tabarru : Rp. 298.200
 Ekstra Tabarru : Rp. 0
 Ujrah : Rp. 2.400.000
 Dana Investasi : Rp. 3.301.800
 Kontribusi Aviasi : Rp. 0
 Kontribusi Rider : Rp. 0

Jumlah Kontribusi : Rp. 6.000.000

Titipan Kontribusi Awal : Rp. 0

Jumlah : Rp. 6.000.000

Kontribusi dibayar setiap tanggal 31 OKTOBER selama 15 tahun atau sampai pihak yang diasuransikan meninggal dunia dalam masa asuransi.

Ujrah tahun I sebesar 40,0%, tahun II sebesar 19,0%, tahun III dan seterusnya sebesar 9,34% dari jumlah Kontribusi setiap Tahunan.

Dalam hal kontribusi dibayar sekaligus maka titipan kontribusi awal akan digunakan untuk membayar kewajiban kontribusi yang jatuh tempo.

Nisbah Bagi Hasil (Mudharabah) : Peserta 70% dan Badan 30% (berlaku ketentuan Pasal 20 SSUP Asper Syariah)

Surplus Underwriting : Polis ini memberikan Surplus Underwriting (jika ada) sesuai ketentuan Pasal 21 Syarat-syarat Umum Polis Asuransi Jiwa Perorangan Syariah yang akan didistribusikan dengan nisbah 50% ditambahkan ke dalam Dana Tabarru', 20% ke Badan, dan 30% ke Peserta yang akan

Pihak Yang Ditunjuk untuk menerima Manfaat Asuransi :

RANGGA DWI SAPUTRA	PENERIMA DANA PENDIDIKAN
ENDANG SUSILOWATI	ORANG TUA
MUASLI RAMA	ORANG TUA



KEMENTERIAN AGAMA
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI MAULANA MALIK IBRAHIM MALANG
FAKULTAS EKONOMI
JURUSAN MANAJEMEN

Terakreditasi "A" SK BAN-PT Depdiknas Nomor : 005/BAN-PT/Ak-X/S1/II/2007
Jalan Gajayana 50 Malang 65144, Telp/Fax. (0341) 558881, e-mail: feuinmlr@yahoo.co.id

Nomor : Un.3.5/PP.00/0846/2012

09 November 2012

Sifat : -

Hal : Permohonan Ijin Penelitian Skripsi

Yth. Kepala AJB BUMIPUTRA 1912 Wilayah, Malang
Jl Jaksa Agung Suprpto No 81 Malang
di

Tempat

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Dalam rangka menyelesaikan tugas akhir dan pengembangan keilmuan bagi mahasiswa, kami mohon bantuan Bapak / Ibu memberikan ijin penelitian mahasiswa kami :

Nama : Khusnul Khotimah
NIM : 09510044
Konsentrasi : Manajemen Keuangan
Judul : Mekanisme Pengelolaan Dana Asuransi Pendidikan

Perlu kami informasikan bahwa data-data yang diperlukan oleh mahasiswa kami hanya sebatas kajian keilmuan, tidak dipublikasikan serta tidak merugikan instansi yang Bapak/ Ibu pimpin.

Demikian surat permohonan kami, atas perhatian dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.



Ketua Jurusan,
Sekretaris Jurusan

Yayuk Sri Rahayu, SE., MM
NIP. 19770826 20080 1 2011

Tembusan :

1. Pembantu Dekan Bidang Akademik
2. Arsip.



Certificate No. 1009/1219



KEMENTERIAN AGAMA
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI MAULANA MALIK IBRAHIM MALANG
FAKULTAS EKONOMI
JURUSAN MANAJEMEN

Terakreditasi "A" SK BAN-PT Depdiknas Nomor : 024/BAN-PT/Ak-XV/S1/II/2013
Jalan Gajayana 50 Malang 65144, Telp/Fax. (0341) 558881, e-mail: feuinmlg@yahoo.co.id

Nomor : Un.3.5/PP.00/W/002/2013

21 Februari 2013

Sifat : -

Hal : Permohonan Ijin Penelitian Skripsi

Yth. Pimpinan PT AXA Financial Indonesia
Jl. Panglima Sudirman Kav 24 Malang.
di

Tempat

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Dalam rangka menyelesaikan tugas akhir dan pengembangan keilmuan bagi mahasiswa, kami mohon bantuan Bapak / Ibu memberikan ijin penelitian mahasiswa kami :

Nama : Khusnul Khotimah
NIM : 09510044
Konsentrasi : Manajemen Keuangan.
Judul : Mekanisme Pengelolaan Dana Asuransi Pendidikan

Perlu kami informasikan bahwa data-data yang diperlukan oleh mahasiswa kami hanya sebatas kajian keilmuan, tidak dipublikasikan serta tidak merugikan instansi yang Bapak/ Ibu pimpin.

Demikian surat permohonan kami, atas perhatian dan kerjasamanya yang baik, disampaikan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Ketua Jurusan,

Dr. H. Achmad Sani Supriyanto, SE., M.Si
NIP 19720212 200312 1 003

Tembusan :

1. Pembantu Dekan Bidang Akademik
2. Arsip.



Certificate No. 1008/1219



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

SURAT KETERANGAN

Dengan ini kami menyatakan bahwa :

Nama : Khusnul Khotimah
Nim : 09510044
Fakultas/Jurusan : Ekonomi / Manajemen
Universitas : UIN Maulana Malik Ibrahim Malang

Telah melaksanakan penelitian untuk skripsi di Asuransi Jiwa Bersama Bumiputera 1912 Syariah, Cabang Malang dengan judul "Mekanisme Pengelolaan Dana Asuransi Jiwa Khususnya Asuransi Pendidikan Mitra Iqra' (Studi Kasus Pada Asuransi Jiwa Bersama Bumiputera 1912 Syariah Malang)".

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Malang, 20 Maret 2013

Kepala Cabang

Ir. Koeswanti



SURAT KETERANGAN

Dengan ini kami menyatakan bahwa :

Nama : Khusnul Khotimah
Nim : 09510044
Fakultas/Jurusan : Ekonomi / Manajemen
Universitas : UIN Maulana Malik Ibrahim Malang

Telah melaksanakan penelitian untuk skripsi di *AXA Financial Indonesia* Cabang Malang dengan judul “**Mekanisme Pengelolaan Dana Asuransi Pendidikan Education Plan (Studi Kasus Pada AXA Financial Indonesia Cabang Malang)**”.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Malang, 28 Maret 2013

Agency Director

Zaenab

SURAT PERMINTAAN ASURANSI JIWA Syariah

PTG1.01.5y-Vs.2



DATA CALON PESERTA

Nomor SP	:										
ID Peserta	:										
Sebutan (Tn./Ny./Nn./Ps)	:										
Nama Lengkap	:										
Gelar Depan	:										
Tempat Lahir	:										
Nama Ibu Kandung	:										
Bukti Identitas	:	☐ 1. KTP ☐ 2. SIM ☐ 3. Paspor									
Nomor Identitas	:										
Warga Negara	:	☐ 1. WNI ☐ 2. WNA Status: ☐ 1 = Kawin ☐ 2 = Belum Kawin ☐ 3 = Janda/Duda									
E-Mail	:										
Telepon	:										

Pekerjaan

Status / Jabatan	:										
Nama Lembaga / Perusahaan	:										
Alamat	:										
	:										
	:										
Kelurahan	:										
Kecamatan	:										
Kota / Kabupaten	:										
Kode Pos	:										
No.Telepon/HP wajib diisi	:										
Propinsi	:										
Nomor NPWP	:										

Rumah

Alamat	:										
	:										
	:										
Kelurahan	:										
Kecamatan	:										
Kota / Kabupaten	:										
Kode Pos	:										
Propinsi	:										
Alamat Surat Menyurat	:	☐ 1 = Alamat Rumah ☐ 2 = Alamat Pekerjaan									
Tempat Bayar Kontribusi	:	☐ 1 = Kantor Bumiputera 1912 ☐ 2 = Alamat Pekerjaan ☐ 3 = Rumah ☐ 4 = Bank									
Mengambil Asuransi Atas Jiwa Pihak Yang Diasuransikan	:	☐ 1 = Sama dengan calon peserta ☐ 2 = tidak sama dengan peserta									

Wajib Di isi oleh peserta atau pemilik dana (orang tua/suami) jika Peserta Ibu Rumah Tangga / Pelajar:

Penghasilan Kotor Per Tahun	:	☐ Rp < 10 juta ☐ Rp 50 juta - Rp 100 juta ☐ Rp 300 juta - Rp 500 juta			
	:	☐ Rp 10 juta - Rp 50 juta ☐ Rp 100 juta - Rp 300 juta ☐ Rp > 500 juta			
Sumber Penghasilan	:	☐ Gaji ☐ Bonus/ Insentif / Komisi ☐ Usaha Pribadi			
	:	☐ Hasil Investasi (sebutkan) ☐ Lain-lain (sebutkan)			

Diisi jika Peserta Ibu Rumah Tangga / Pelajar:

Pekerjaan Orang Tua / suami	:										
Nama Lembaga/ jenis Usaha	:										

AJB Bumiputera 1912 Wisma Bumiputera, Lt. 17-21
Jl. Jend. Sudirman Kav. 75
Jakarta 12910
www.bumiputera.com

T: +6221 251 2154, 251 2157
F: +6221 251 2172
E: info@bumiputera.com
HALO BUMIPUTERA: 0800 188 1912

NO SERI 12.013000



DATA CALON PIHAK YANG DIASURANSIKAN

ID Pihak Yang Diasuransikan	:	
Sebutan (Tn,Ny,Nn,Ps)	:	Jenis Kelamin ☐ 1 = Laki-laki 2 = Perempuan
Nama Lengkap	:	
Gelar Depan	:	Gelar Belakang :
Tempat Lahir	:	Tgl. Lahir :
Nama Ibu Kandung	:	
Bukti Identitas	:	1. KTP 2. SIM 3. Paspor No. ID :
Warga Negara	:	1. WNI 2. WNA Status: 1. Kawin 2. Belum Kawin 3. Janda/Duda
E-Mail	:	

Pekerjaan

Status / Jabatan	:	
Nama Lembaga / Perusahaan	:	
Alamat	:	
	:	RT: RW:
Kelurahan	:	
Kecamatan	:	
Kota / Kabupaten	:	
Kode Pos	:	
No.Telepon/HP wajib di isi	:	Fax :
Propinsi	:	

Rumah

Alamat	:	
	:	RT: RW:
Kelurahan	:	
Kecamatan	:	
Kota / Kabupaten	:	
Kode Pos	:	
Propinsi	:	
Hubungan Pihak Yang Diasuransikan	:	1 = Istri / Anak / Orang tua kandung dengan Peserta 2 = Badan Hukum (PT, CV, FA, Koperasi dengan Karyawan)

DATA ASURANSI

Umur Calon Pihak Yang Diasuransikan	:	Tahun	Jenis Pertanggungan :	☐ 1. Non Medical 2. Medical
Macam Asuransi	:			Kode :
Masa Asuransi	:	Tahun	Jenis Mata Uang :	☐ 1 = Rupiah 2 = Standar US \$
Cara Pembayaran Kontribusi	:		2 = Triwulan 3 = Setengah Tahunan 4 = Tahunan 5 = tunggal 6 = Sekaligus	
Masa Pembayaran Kontribusi	:		tahun atau sampai akhir tahun polis jika pihak yang diasuransikan meninggal dunia	
Manfaat Awal / MA	:			
Aviasi	:		1. Crew = A 2. Crew = B 3. Crew = C	
Mulai Asuransi	:			

Rider (Resiko Kecelakaan)

Kelas Rider	:	Jenis Resiko :
Kelas Waiver	:	Kelipatan ☐ X MA awal

Catatan Underwriter

Medikal Kelas	:	
Kode Seleksi	:	

Rincian Titipan Kontribusi

Iuran Tabbaru	:	
Ujrah (Biaya Pengelolaan)	:	
Ektra Tabbaru	:	
Dana Investasi	:	
Kontribusi Rider	:	
Kontribusi Aviasi	:	
Kontribusi Waiver	:	
Jumlah Kontribusi	:	
Kurs Tengah	:	
Biaya Polis	:	
Jumlah Kontribusi Sekaligus	:	

Bea materai dalam pembayaran kontribusi menjadi beban Peserta sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

PTG1.02.Syll-Vol.1



No.SP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Pertemuan langsung dengan Calon Pihak Yang Diusulkan dan Calon Peserta menghasilkan keterangan sebagai berikut:

Jam dan Tanggal Wawancara : _____ dan _____

Tempat wawancara : _____

Alamat Tempat Wawancara : _____

Telp. _____ Hp. _____

Kota Tempat wawancara : _____

Nama Calon Peserta :	_____	Umur : _____ Tahun
Nama Calon Pihak Yang Diusulkan :	_____	Umur : _____ Tahun

Identitas diri berdasarkan	Rencana MA yang dikerjakan	^^
No.Identitas	Kelayakan MA	
Pekerjaan Calon Peserta	Tempat/alamat Penagihan Kontribusi	
Penghasilan Calon per tahun	Nama Agen Penutup	

Ya Tidak

- 1 Apakah keadaan fisik, kesehatan Calon Pihak Yang Diasuransikan dan umur sesuai dengan pernyataan dalam surat Permintaan
- 2 apakah permintaan macam asuransi, lama kontrak, MA dan Kontribusi sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan keuangan Calon Peserta / Calon Pihak Yang Diasuransikan?
- 3 Apakah Benefit, Syarat-syarat Umum Polis, Syarat-syarat Khusus Polis dari Asuransi yang bersangkutan telah dijelaskan dengan benar kepada Calon Peserta / Calon Pihak Yang Diasuransikan?
- 4 Apakah atas jiwa Calon Pihak Yang Diasuransikan pernah diajukan suatu permintaan asuransi jiwa?
Jika ya, bagaimana hasilnya? _____
- 5 Apakah Calon Pihak Yang Diasuransikan telah diasuransikan atau sedang mengajukan Asuransi jiwanya pada A/B Bumiputera 1912? Jika Ya, apakah no.Polis/KD maupun jumlah MA nya telah dicantumkan pada Data Polis lain?
- 6 Apa Motivasi Calon Pihak Yang Diasuransikan dalam membeli telah dicantumkan pada data Polis lain?
- 7 Apakah terdapat kesulitan dalam kegiatan konservasi polis seterusnya?
- 8 Apakah alamat penagihan telah sesuai debit yang benar / tepat?
- 9 Apakah produksi tersebut berasal dari penjualan polis inforce / pinjaman polis?
- 10 Berapa penghasilan Calon per tahun : Rp.

- 11 Berapa kelayakan Manfaat Awal : Rp./US-\$

- 12 Kesimpulan dan saran
Agen Koordinator _____
Kepala Cabang _____
Kepala Wilayah _____

Demikian hasil wawancara dengan Calon Peserta / Pihak Yang Diasuransikan telah dilakukan dan telah sesuai dengan kewenangan pejabat peneliti

Calon Pihak Yang Diaturansikan		Calon Peserta
(.....)		(.....)
Nama Jelas		Nama Jelas
Agan Koordinator	Pejabat Peneliti Kepala Cabang	Kepala Wilayah
(.....)	(.....)	(.....)

PERNYATAAN PETUGAS PENUTUP
PTG1.03 Sp-Vs.1



Saya yang bertanda tangan dibawah ini menerangkan dengan sesungguhnya :

1. Berdasarkan pengamatan Saya Calon Pihak Yang Diasuransikan berada dalam keadaan sehat walaupun tidak sedang menderita suatu penyakit, tidak memiliki kelainan fisik maupun mental dan mempunyai kebiasaan hidup yang baik.
2. Saya telah menjelaskan secara rinci dan benar tentang macam asuransi ini kepada Calon Peserta dan Calon Pihak Yang Diasuransikan.
3. Berdasarkan pengamat Saya, Jumlah Manfaat Awal yang dikehendaki oleh Calon Peserta termasuk polis-polis lain yang dimiliki sesuai dengan nilai ekonomi dari Calon Pihak Yang Diasuransikan.
4. Saya telah melihat dan meneliti kartu identitas Calon Peserta/Pihak Yang Diasuransikan berdasarkan KTP.
5. Saya bersedia menanggung segala akibatnya bila ternyata pernyataan ini tidak benar.

Mengetahui,

_____ 20 _____
Tanda Tangan Petugas Penutup

(_____)
Kepala Cabang

(_____)
Nama Jelas

DATA AGEN

Nomor Agen	_____
Nama Agen	_____
Nomor Atasan Agen	_____
Nama Atasan Agen	_____
	Kode Unit Penutup _____ Kode KO Penutup _____
No. SP	_____
Nama Calon Peserta	_____
Nama Calon Pihak Yang Diasuransikan	_____
Manfaat Awal	_____
Jumlah Kontribusi	_____
Macam Asuransi	_____

DATA PENERIMA MANFAAT

Nama	K	HDP	Tempat Lahir	Tanggal Lahir	Usia
1. _____	☐	☐	_____	____/____/____	____
2. _____	☐	☐	_____	____/____/____	____
3. _____	☐	☐	_____	____/____/____	____
4. _____	☐	☐	_____	____/____/____	____

K = Keterangan : 1 = Laki-laki 2 = Wanita 3 = Perusahaan/Badan Hukum
 HDP = Hubungan Dengan Pihak Yang Diasuransikan : 1 = Orang Tua 2 = Anak 3 = Cucu 4 = Suami 5 = Istri 6 = Kreditur Berbadan Hukum
 7 = Badan Hukum 8 = lain-lain (.....)

DATA KETERANGAN KESEHATAN (WAJIB DIISI OLEH CALON Pihak Yang Diasuransikan (P.YD))

	Ya	Tidak
a. Apakah Calon Pihak Yang Diasuransikan mempunyai cacat atau kehilangan salah satu fungsi anggota tubuh?	☐	☐
b. Apakah Calon Pihak Yang Diasuransikan sekarang dalam keadaan sehat?	☐	☐
c. Apakah Calon Pihak Yang Diasuransikan biasanya dalam keadaan sehat?	☐	☐
d. Apakah Calon Pihak Yang Diasuransikan pernah dirawat di Rumah Sakit dalam jangka waktu 2 (dua) tahun terakhir ini?	☐	☐
e. Apakah Calon Pihak Yang Diasuransikan pernah menderita penyakit antara lain : Malaria, Kanker, TBC, Kencing Manis, Hati, Ginjal, Jantung, Ayan, Lumpuh, Syaraf, Tekanan darah Rendah / Tinggi, Kelamin, AIDS, dalam jangka waktu 2 (dua) tahun terakhir?	☐	☐
f. Apakah atas jiwa Calon Pihak Yang Diasuransikan pernah diajukan surat permintaan Asuransi Jiwa? Jika pernah, Pada perusahaan : _____ dan bagaimana hasilnya? ☐ 1 = Diterima ☐ 2 = Ditolak karena Kesehatan ☐ 3 = Ditolak karena bukan kesehatan	☐	☐
g. Apakah diantara orang tua dan saudara sekandung Calon Pihak Yang Diasuransikan ada yang pernah/sedang menderita penyakit Tubercolose, sawan (epilepsi), Kanker, Kencing Manis (Diabetes), Penyakit Jantung? Jika ada siapa? _____	☐	☐
h. Apakah diantara Orang tua / saudara sekandung Calon Pihak Yang Diasuransikan ada yang pernah melakukan percobaan bunuh diri? Jika ada Siapa? _____	☐	☐
i. Berat badan Calon Pihak Yang Diasuransikan : _____ kg. Tinggi Badan Calon Pihak Yang Diasuransikan : _____ cm	☐	☐
j. Apakah Calon Pihak Yang Diasuransikan saat ini sedang dalam keadaan hamil? Berapa Usia Kehamilan? _____	☐	☐
k. Apakah Calon Pihak Yang Diasuransikan seorang pekerja? Berapa batang perhari : _____ batang	☐	☐
l. Apakah Calon Pihak Yang Diasuransikan seorang kidal?	☐	☐

HASIL PENILAIAN KESEHATAN

Copy bukti identitas : ☐ 1. KTP ☐ 2. SIM ☐ 3. Paspor No. identitas : _____

Data Dokumen Pemeriksaan Kesehatan

☐ Pemeriksaan Lama No. KD/SP : _____
☐ Pemeriksaan Baru

Persyaratan Kesehatan yang Dilampirkan :

☐ Laporan Pemeriksaan Kesehatan (LPK) - PTG1.04	☐ Thorax Photo
☐ Urine Lengkap	☐ HIV Test
☐ Hematologi / Darah rutin	☐ Laporan Pemeriksaan Kesehatan (LPK) ke -2 dari dokter yang berkecua
☐ Kimia Darah dan Lipid	☐ Formulir Data Nasabah PTG 1.06
☐ Elektrokardiogram dengan Interpretasi (EKG)	☐ Lembar Wawancara Penelitian Produksi Baru - PTG 1.02
☐ Pemeriksaan Treas mill test	☐ Pernyataan Petugas Penutup - PTG.03

DATA POLIS LAIN

Nomor Polisi/SP	ID peserta	Mulai Asuransi	Macam Asuransi
1. _____ JP ☐ MU ☐ Manfaat Awal _____	_____	____/____/____	_____
2. _____ JP ☐ MU ☐ Manfaat Awal _____	_____	____/____/____	_____
3. _____ JP ☐ MU ☐ Manfaat Awal _____	_____	____/____/____	_____
4. _____ JP ☐ MU ☐ Manfaat Awal _____	_____	____/____/____	_____

PERNYATAAN CALON PESERTA DAN CALON PIHAK YANG DIASURANSIKAN

Sehubungan dengan Surat Permintaan Asuransi Jiwa Perorangan Syariah yang kami ajukan, dengan ini kami sebagai (Calon) Peserta Asuransi Jiwa Perorangan Syariah A/B Bumiputera 1912 menyatakan hal-hal sebagai berikut :

- Kami adalah (Calon) Peserta Asuransi Jiwa Perorangan Syariah A/B Bumiputera 1912 dengan Nomor SP : _____
- Calon Pihak Yang Diasuransikan pada saat penutupan asuransi ini dalam kondisi kesehatan yang baik dan sedang aktif bekerja dan dibuktikan dengan Surat Pernyataan Kesehatan yang ditandatangani oleh Calon Pihak Yang Diasuransikan.
- Calon Pihak Yang Diasuransikan pada saat penutupan asuransi ini tidak sedang dalam keadaan sakit atau dalam perawatan dokter.
- Calon Pihak Yang Diasuransikan tidak mempunyai kebiasaan hidup yang buruk termasuk penggunaan obat terlarang.
- Saya menerangkan bahwa isian keterangan-keterangan dalam surat ini maupun dalam keterangan pemeriksaan kesehatan telah saya berikan sesuai dengan yang sebenarnya dan saya menyadari jika ada keterangan-keterangan yang tidak benar, A/B Bumiputera 1912 berhak membatalkan asuransi ini dan tidak diwajibkan mengembalikan uang Kontribusi yang telah diterima A/B Bumiputera 1912 maupun membayar Manfaat Awal.
- Saya menyetujui bahwa dengan ditunjunya tempat pembayaran Kontribusi di alamat pekerjaan/lain atau di alamat rumah, tidak dapat membebaskan saya dari kewajiban menyampaikan pembayaran Kontribusi kepada A/B Bumiputera 1912. Jika karena sesuatu hal pemungutan oleh A/B Bumiputera 1912 tidak dilakukan tepat pada waktunya.
- Semua keterangan/data Calon Pihak Yang Diasuransikan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya.
- Sanggup memenuhi ketentuan :
 - Menybayar Kontribusi sesuai perhitungan dan kesepakatan.
 - Asuransi setelah keikutsertaan disetujui oleh A/B Bumiputera 1912 dan Kontribusi telah dilunasi.
- Bersedia menyerahkan dokumen persyaratan klaim sesuai ketentuan yang berlaku saat pengajuan klaim.
- Saya menyetujui bahwa asuransi ini mulai berlaku sejak Polis diterbitkan atau akseptasi dikehendaki, dan jika kewajiban membayar Kontribusi Pertama telah saya lunasi.
- Untuk memastikan sebab - sebab kematian, saya setuju jika dokter - dokter memeriksa lebih lanjut (termasuk diotopsi) apabila diperlukan oleh yang berwajib.
- Sepakat berakad dengan A/B Bumiputera 1912 untuk :
 - Mengikatkan diri dengan Peserta lainnya dalam suatu Akad Tabarru' untuk melakukan Ta'awuni (saling menolong), Takafuli (saling menanggung), dan Tamini (saling melindungi) dalam menghadapi suatu musibah, dengan membayarkan iuran Tabarru' sesuai perhitungan A/B Bumiputera 1912.
 - Memberi kuasa kepada A/B Bumiputera 1912, berdasarkan Akad Wakalah Al Ujrah untuk mengelola Dana Tabarru' dengan membayar Ujrah Tahun I sebesar ... %, Tahun II sebesar ... %, dan Tahun III dst sebesar ... %, dan jumlah Kontribusi, dengan mengacu kepada ketentuan-ketentuan yang ditetapkan oleh A/B Bumiputera 1912.
 - Memberi kuasa kepada A/B Bumiputera 1912, berdasarkan Akad Mudharabah untuk mengelola investasi Dana Tabarru' dan Dana Investasi dan mengacu pada ketentuan syariah dengan nisbah 70% untuk Peserta dan 30% untuk A/B Bumiputera 1912.
- Sepakat dengan pembagian Surplus Underwriting (jika ada) dengan nisbah sebesar 50% ke dalam Dana Tabarru', 30% kepada Peserta, dan 20% ke A/B Bumiputera 1912.
- Sepakat untuk menyetujui Syarat-syarat Umum Polis Asuransi Jiwa Perorangan Syariah dan Syarat-syarat Khusus Polis Produk yang diterbitkan, meski tanpa dinyatakan secara menyeluruh dalam Pernyataan ini, dan seluruh keterangan dan yang kami nyatakan dalam SP ini menjadi dasar perjanjian asuransi yang merupakan satu kesatuan yang utuh dan tidak terpisahkan dengan Polis.

Tanda Tangan Calon Pihak Yang Diasuransikan

Tanda Tangan Calon Peserta

(Nama Terang)

(Nama Terang)

DATA AGEN

Nomor Agen :

Nama Agen :

Kode Blok Produksi : Kode Unit Penutup Kode KO penutup

Tanda Tangan Kepala Cabang

Tanda Tangan Petugas Penutup

(Nama Jelas dan Stempel Kantor)

(Nama Jelas)

Hanya diisi dan diparaf oleh kasir

Paraf

Titipan Kontribusi :

Nomor Bukti Kas :

Tanggal :

Seri Kultansi No :

KASIR

KUAK

SYARAT KHUSUS ASURANSI TANPA PEMERIKSAAN DOKTER (NON - MEDICAL)

Sebagai pengganti pemeriksaan dokter diperlukan masa percobaan (observasi), selama dua tahun yaitu jika Pihak Yang Diasuransikan meninggal dunia dalam tahun polis pertama santunan akan dibayarkan sebesar 60% dari Manfaat Awal, jika Pihak Yang Diasuransikan meninggal dunia dalam tahun polis kedua santunan akan dibayarkan sebesar 80% dari Manfaat Awal, jika Pihak Yang Diasuransikan meninggal dunia karena kecelakaan santunan akan dibayarkan 100% dari Manfaat Awal

Siapkan dulu



AXA FINANCIAL

redefining / insurance

☐ Agent Champion

☐ Agent Non Champion

nomor Polis 508-3283456

☐ Medis ☐ Non Medis



06312

Surat Permintaan Asuransi Jiwa (SPAJ)

lengkapi kolom atau coret bila perlu, bila pengisian salah, harap dicoret dan ditanda tangani (calan korektor tidak dibenarkan)

Nama

Paket* :

* (Wajib diisi jika mengambil paket produk)

Kode Agen

Sales Office

Nama Agen

Group

A Data Pemegang Polis

- Nama Lengkap (sesuai ID)
- Tanggal lahir - - Tahun
tjd bin thn Usia
- Nomor ID KTP/SIM/Passport/Akte Lahir
- Kewarganegaraan ☐ Indonesia ☐ Lainnya
- Jenis Kelamin ☐ Pria ☐ Wanita
- Agama ☐ Islam ☐ Kristen ☐ Katolik ☐ Hindu ☐ Budha ☐ Lainnya
- Status ☐ Belum Menikah ☐ Menikah ☐ Janda/Duda ☐ Ceraai Jumlah Tanggungan
- Pekerjaan ☐ Pemilik Usaha ☐ Karyawan ☐ Ibu Rumah Tangga ☐ Pelajar Lainnya
Jabatan Lamanya Tahun
Bidang Usaha ☐ Perdagangan ☐ Manufaktur ☐ Jasa/Keuangan ☐ Pemerintahan ☐ Konstruksi
☐ Transportasi ☐ Sumber Daya Alam Lainnya
Rincian Tugas
- Nomor NPWP
- Penghasilan kotor/bulan ☐ < Rp 5 jt ☐ Rp 5 jt ≤ x < Rp 10 jt ☐ Rp 10 jt ≤ x < Rp 20 jt ☐ Rp 20 jt ≤ x < Rp 50 jt ☐ ≥ Rp 50 jt
- Sumber dana untuk pembayaran polis ini ☐ Gaji ☐ Bonus/Insentif/Komisi ☐ Usaha ☐ Investasi (sebutkan _____) ☐ Lainnya (sebutkan _____)
- Tujuan Penutupan
- Alamat Rumah (sesuai ID)
Nama Perusahaan/Perumahan
Nama Gedung/Jl
Blok/RT/RW/No. Rumah
Kel/Kec
Kota/Kabupaten Kode Pos
- Telepon Rumah (termasuk kode wilayah) Selular
- Alamat Kantor

PT AXA FINANCIAL INDONESIA
AXA TOWER Lt. 17, Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia.
Tel: +62 21 3005 8000 Fax: +62 21 3005 8008
CUSTOMER CARE CENTRE
AXA TOWER Lt. 17, Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia
Tel: +62 21 3005 9999 Fax: +62 21 3005 8009

C Nama Termaslahat

1. Nama Lengkap (sesuai ID)	Pria/Wanita	Besarnya Bagian (%) *
	☐ P ☐ W	
Nomor ID	Hubungan dengan Tertanggung	Tanggal Lahir (tgl-bln-thn)
2. Nama Lengkap (sesuai ID)	Pria/Wanita	Besarnya Bagian (%) *
	☐ P ☐ W	
Nomor ID	Hubungan dengan Tertanggung	Tanggal Lahir (tgl-bln-thn)
3. Nama Lengkap (sesuai ID)	Pria/Wanita	Besarnya Bagian (%) *
	☐ P ☐ W	
Nomor ID	Hubungan dengan Tertanggung	Tanggal Lahir (tgl-bln-thn)
4. Nama Lengkap (sesuai ID)	Pria/Wanita	Besarnya Bagian (%) *
	☐ P ☐ W	
Nomor ID	Hubungan dengan Tertanggung	Tanggal Lahir (tgl-bln-thn)

* (Jika tidak dilengkapi, masing-masing akan mendapatkan bagian yang sama)

* Apabila lebih dari 4 termaslahat, mohon menuliskan pada form PPA (Penambahan dan Perubahan SPAJ)

D Data Pembayaran Premi

Mata Uang ☐ USD ☐ Rp

1. Nama Pemilik Rekening

No Rekening

Nama Bank/Cabang/Kota

Metode Pembayaran Premi Lanjutan ☐ Auto Debit Kartu Kredit* ☐ Transfer ☐ Auto Debet Rekening* ☐ Lainnya

2. Cara Bayar ☐ Tahunan ☐ Semesteran ☐ Triwulan ☐ Bulanan

☐ Lainnya, Sebutkan

* Wajib lampirkan surat kassa, copy kartu kredit / copy buku tabungan halaman pertama

E Data Pertanggungan

Mata Uang ☐ USD ☐ Rp

1. Pertanggungan Dasar

☐ MaestroLink Plus

☐ MaestroTerm

☐ MaestroTerm berjangka 1 tahun

☐ MaestroTerm berjangka 5 tahun

☐ MaestroTerm berjangka 10 tahun

Uang Pertanggungan

F. Data Lain

	Pemegang Polis		Tertanggung													
	Ya	Tidak	Ya	Tidak												
1. Apakah Anda dalam keadaan sehat? Jika Tidak, jelaskan _____	☐	☐	☐	☐												
2. Apakah biasa minum minuman keras/ alkohol dan sejenisnya? Jika Ya, jelaskan _____	☐	☐	☐	☐												
3. Apakah pernah menggunakan obat-obatan terlarang, narkotik atau obat penenang? Jika Ya, jenis Terakhir Tanggal (tgl-bln-thn) - -	☐	☐	☐	☐												
4. Apakah terlibat hobi/kegiatan berisiko tinggi? (penerbangan sbg awak pesawat, terjun payung, mendaki gunung menyelam, balap mobil/motor/kendaraan lainnya) Jika Ya, Frekuensi setiap Jangka waktu/Lokasi	☐	☐	☐	☐												
5. Apakah pernah asuransi Anda ditolak, ditunda, dikenakan tambahan/ekstra premi atau diubah/dihentikan oleh perusahaan asuransi lainnya? Jika Ya, Perusahaan Kapan Alasan	☐	☐	☐	☐												
6. Apakah SPAJ ini sebagai pengganti dari aplikasi/polis lain? Jika ya, jelaskan dan lampirkan Surat Pernyataan Nasabah mengenai Penggantian SPAJ/ Polis Lain	☐	☐	☐	☐												
7. Apakah mengkonsumsi rokok? Jika Ya ☐ batang/hari sejak	☐	☐	☐	☐												
8. Tinggi/Berat Badan Tertanggung Sekarang Cm Kg Tahun lalu Cm Kg Pemegang Polis Sekarang Cm Kg Tahun lalu Cm Kg																
9. Apakah pernah/sedang mengajukan permohonan asuransi atau memiliki asuransi lainnya?	☐	☐	☐	☐												
a. Tertanggung																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nama Perusahaan</th> <th>Tanggal Polis</th> <th>Jenis Asuransi</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Nama Perusahaan	Tanggal Polis	Jenis Asuransi													
Nama Perusahaan	Tanggal Polis	Jenis Asuransi														
b. Pemegang Polis																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nama Perusahaan</th> <th>Tanggal Polis</th> <th>Jenis Asuransi</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Nama Perusahaan	Tanggal Polis	Jenis Asuransi													
Nama Perusahaan	Tanggal Polis	Jenis Asuransi														

G. Data Kesehatan

	Pemegang Polis		Tertanggung	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
1. Apakah pernah/sedang menderita penyakit/gangguan/kelainan pada:	☐	☐	☐	☐
a. Mata: termasuk fungsi penglihatan ?	☐	☐	☐	☐
b. Telinga Hidung Tenggorokan: termasuk fungsi pendengaran / bicara ?	☐	☐	☐	☐
c. Paru - paru: fungsi pernafasan, saluran nafas, batuk lama, bronchitis, asma, batuk darah, TBC?	☐	☐	☐	☐

H Data Keluarga Tertanggung

	Masih Hidup						Sudah Meninggal	
	Adakah Penyakit:						Usia	Sebab meninggal
	Usia	Kencing Manis	Darah Tinggi	Jantung Stroke	Tumor/ Kanker	Kedadaan Kesehatan		
Ayah								
Ibu								
Suami/Istri								
Saudara Pria _____Orang								
Saudara Wanita _____Orang								
Anak _____Orang								

I Data Keluarga Pemegang Polis

Wajib diisi jika Pemegang Polis mengambil rider payor benefit untuk SPAJ anak:

	Masih Hidup						Sudah Meninggal	
	Adakah Penyakit:						Usia	Sebab meninggal
	Usia	Kencing Manis	Darah Tinggi	Jantung Stroke	Tumor/ Kanker	Kedadaan Kesehatan		
Ayah								
Ibu								
Suami/Istri								
Saudara Pria _____Orang								
Saudara Wanita _____Orang								
Anak _____Orang								

Jika dijawab dengan YA, jelaskan dengan lengkap: Diagnosanya, lama dialami, tanggal konsultasi (rawat), nama dan alamat dokter/rumah sakit/rawat inap/tempat konsultasi, serta kondisi saat ini.

Pertanyaan No.	
----------------	--

5W 1H
What, When, Where, Who, Why, How

NO. SPAJ :

--	--	--

 -

--	--	--	--	--	--	--	--

 Nama Tertanggung :

KETERANGAN AGEN

DESKRIPSI

1. Nama dan Foto pada tanda pengenal diri yang masih berlaku sesuai dengan Calon Pemegang Polis dan/atau Tertanggung.
2. a. Lamanya mengenal Pemegang Polis/Tertanggung
b. Hubungan Agen dengan Pemegang Polis/Tertanggung
3. Tujuan pembelian asuransi ini:
☐ Perlindungan/Proteksi ☐ Biaya Pendidikan ☐ Simpanan Hari Tua/Pensiun ☐ Lainnya
4. Penghasilan rata-rata perbulannya selama 12 bulan terakhir
5. Adakah sumber penghasilan lainnya? Sebutkan sumber beserta jumlahnya
6. Jelaskan mengenai tugas pekerjaan utama dari Calon Pemegang Polis dan/atau Tertanggung
7. Jika pembayaran premi bukan oleh pemegang polis, mohon lengkapi pertanyaan berikut ini:
Apakah sudah melengkapi Form Beneficial Owner?
8. Apakah Pemegang Polis dan/atau Tertanggung nampak sakit atau menderita ketidakmampuan fisik? Jelaskan
9. Apakah pernah mendengar dan/atau mengetahui bahwa Pemegang Polis dan/atau Tertanggung menderita sakit atau dalam pengobatan/mengunjungi dokter?
10. Anda sudah menegaskan kepada Pemegang Polis dan/atau Tertanggung agar menjawab lengkap dan sejujurnya dan sudah menjelaskan ketentuan mengenai pertanggungan yang diminta dan bahwa jawaban yang tidak benar/ tidak jujur dapat mengakibatkan batalnya pertanggungan ini?
11. Keadaan keuangan Pemegang Polis dapat menjamin kelangsungan pertanggungan yang diminta?

YA | TIDAK

--	--

[illegible][illegible]

--	--	--

[illegible][illegible]

--	--

--	--

--	--

--	--

Keterangan/ Catatan dari Pemegang Polis/ Agen untuk bagian New Business/ Underwriting :

Pernyataan Agen:

Saya menerangkan bahwa jawaban Pemegang Polis dan/atau Tertanggung adalah sesuai dengan keadaan dan ditanda-tangani di hadapan Saya. Selanjutnya Saya menerangkan bahwa jawaban-jawaban yang Saya berikan adalah jujur dan benar. Bila jawaban-jawaban tersebut menyimpang dari kebenaran, maka hal ini adalah tanggung jawab Saya dan dengan ini Saya menyatakan bersedia menanggung segala bentuk akibatnya.

Dibuat di:

[illegible]

Kota

Tanggal Kunjungan:

--	--	--	--	--	--	--	--

151

b1r

the

Apakah sudah lulus ujian lisensi keagenan AAU? ☐ Ya ☐ Tidak

Kode AAJI							
-----------	--	--	--	--	--	--	--

Nama Jelas & Tanda Tangan Agen



PPA

No.SPAJ / Aplikasi (*Application Number*) :

Nama Calon Tertanggung (*Insured Name*) :

Cabang / Sales Office (Branch /Sales Office) :

[illegible]

Saya menyatakan bahwa perubahan & penambahan pernyataan dalam formulir ini merupakan bagian dari Surat Pengajuan Asuransi Jiwa, apabila ternyata terdapat pernyataan saya yang tidak sesuai dengan fakta sesungguhnya, PT. AXA Financial Indonesia berhak untuk membatalkan kontrak asuransi anda menolak membayar klaim manfaat asuransi serta ganti rugi apapun di kemudian hari, sesuai dengan pilihan Perusahaan

I declare that all changed & additional data statement in this application shall be an integral and inseparable part of the Life Insurance Application. If I fail to provide true information based on facts, PT. AXA Financial Indonesia has a right to terminate the Policy and to decline any claim payment on the insurance benefit and any loss define from the Company.

Tanggal (Date) : / /

Calon Pemegang Polis (Policy Holder)	Calon Tertanggung (Insured)	Saksi (Witness) : Agen / Leader

Check List SPAJ dan Dokumen Penunjang

Form dan Kelengkapan Dokumen

SPAJ

Fotokopi Identitas Tertanggung ☐ ☐

Fotokopi Identitas Pemegang Polis (bila berbeda) ☐ ☐

Kuesioner: Medis ☐ ☐

Pekerjaan/ Hobby ☐ ☐

Financial Cover Questionnaire/ LSAR ☐ ☐

Proposal: Telah ditandatangani Pemegang Polis ☐ ☐

Premi sesuai dengan TTS dan SPAJ ☐ ☐

Lengkap setiap halaman dan nomor seri sesuai ☐ ☐

Autodebet Form SKDKK / SKDR lengkap dengan tanda-tangan diatas materai ☐ ☐

Form / Pernyataan lainnya ☐ ☐

Catatan

Apakah masih berlaku? _____

Apakah data telah sesuai SPAJ? _____

Apakah fotocopy cukup jelas? _____

Apakah tandatangan sesuai SPAJ? _____

Pengecekan Ulang

Alamat surat menyurat sesuai dengan yang tercantum di SPAJ ☐ ☐

No telpon yang diberikan adalah nomer yang dapat dihubungi ☐ ☐

Stempel Leader Pendamping bagi Agen yang belum lulus ujian ☐ ☐

Catatan

Pembayaran

Premi pertama telah dibayar lunas ☐ ☐

Pembayaran secara: ☐ Tunai melalui _____

☐ Transfer/Debet/Kartu Kredit

TTS telah dilampirkan di SPAJ ☐ ☐

Bukti pembayaran / Transfer telah dilampirkan / Fax ☐ ☐

No. harus diisi

Catatan

Jika pembayaran sekaligus untuk premi renewal copy bukti transfer harus ditujukan juga ke bagian collection

Pastikan bahwa Nasabah telah mengerti bahwa premi dianggap telah diterima apabila dana utuh, telah berada di Rekening MaestroLink PT AXA Financial dan biaya transfer US\$ ditanggung Pemegang Polis, Rp ditanggung PT AXA FI

Persyaratan Underwriting

Status pengajuan ☐ Non Medis ☐ Medis

Maslahat diberikan ke keluarga inti/ sesuai prinsip Insurable Interest ☐ ☐

Jawaban pertanyaan medis sesuai prinsip 5W1H ☐ ☐

Semua pertanyaan pada SPAJ telah dijawab dengan lengkap ☐ ☐

Laporan Agen telah diisi lengkap ☐ ☐

Catatan

Jika Medis:

Type:

Kapan:

Dimana:

Nama SOA/SOE:

Diisi pada tanggal:

Tandatangan:

Dengan Ini Saya/Kami menyatakan dan menyetujui bahwa :

1. Telah membaca, mengerti dan menjawab seluruh pertanyaan pada Surat Permintaan beserta lampirannya dengan sebenar-benarnya, jujur dan lengkap. Saya/Kami memahami bahwa jawaban dan keterangan-keterangan itu merupakan dasar dan tidak terpisahkan dari Pembuatan Polis. Bila ternyata bahwa jawaban - jawaban yang Saya/Kami berikan itu tidak benar, maka PT AXA Financial Indonesia berhak untuk membatalkan kontrak pertanggungan yang dibuat atas dasar permintaan ini.
2. Telah mendapatkan penjelasan dan sepenuhnya mengerti serta menerima hal-hal dibawah 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. Segala risiko pemilihan jenis dana investasi sepenuhnya menjadi tanggung jawab Saya/Kami dan karenanya Saya/Kami membebaskan PT AXA Financial Indonesia (termasuk afliasiinya, pemegang saham, direksi, komisaris, agen, dan karyawannya) dari setiap dan segala tuntutan, gangguan, ancaman, laporan dan gugatan dari siapapun dan dalam bentuk apapun yang mungkin timbul baik pada saat ini maupun dikemudian hari.
3. Transaksi investasi akan dijalankan sesudah Permintaan disetujui dan premi yang dibayarkan telah diterima di rekening perusahaan. Jumlah unit yang akan didapat ditentukan berdasarkan Harga Unit yang berlaku pada Tanggal Perhitungan setelah Permintaan disetujui dan pembayaran premi diterima di rekening Kantor Pusat Penanggung.
4. Pertanggungan belum berlaku selama Pertanggungan belum disetujui, dan uang premi pertama belum Saya/Kami lunasi.
5. Saya/Kami tidak memberikan informasi kepada Agen AXA Financial Indonesia selain dari informasi yang tertulis dalam Surat Permintaan ini dan Agen tidak memberikan informasi, pernyataan atau mengatakan kepada Saya/Kami keadaan apapun yang bertentangan dengan proposal yang dibuat sebagai dasar Surat Permintaan ini dan sesuatu yang bertentangan dengan ketentuan yang tercantum dalam polis standar perusahaan.
6. Dokter yang pernah dan akan memeriksa Saya/Kami diperkenankan mengadakan pemeriksaan medis yang diperlukan (seperti autopsi, dll) terhadap Tertanggung /Pemegang Polis bila terdapat hal-hal yang kurang wajar dalam hal kematian Tertanggung/Pemegang Polis di kemudian hari.
7. Transaksi keuangan ini tidak berasal dari/untuk tujuan pencucian uang (*money laundering*) sesuai UU No. 15 tahun 2002 jo UU No. 25 tahun 2003.

Dengan mengesampingkan pasal 1813 KUH Perdata maka pemberian kuasa ini tidak dapat dicabut/dibatalkan dan tetap berlaku meskipun Saya/Kami meninggal dunia. Fax atau copy dari Pernyataan dan pemberian kuasa ini mempunyai kekuatan hukum yang sama kuat dan sah seperti aslinya.

[illegible]

Tanggal

--	--

 -

--	--

 -

--	--	--	--

NOTE

tel

bin

10

REMEGANG BULUS

RESEARCH AND ANALYSIS

ORANG TUA/WALI BILA
TERTANGGUNG ≤ 17 THN

Tanda Tangan & Nama Jelas

Tanda Tangan & Nama Jelas

Tanda Tangan & Nama Jelas

SAKSI (AGEN)

SAKSI (LEADER)

* Walb dist/ kade leader

TANDA TANGANI HANYA SETELAH DILENGKAPI (TIDAK DALAM KEADAAN KOSONG) DAN YAKIN JAWABAN TELAH SESUAI DENGAN SEBENARNYA

Surat Kuasa

Polis, dengan ini Saya sebagai Pemegang Polis memberikan kuasa kepada:

Nama :
No. Identitas :
Alamat :
Hubungan :

Nama Jelas & Tanda Tangan Pemegang Polis

(Kolom ini diisi dan ditanda tangani oleh Pemegang Polis jika memberikan Kuasa kepada pihak keluarga terdekat untuk menerima Polis asli).

G Data Kesehatan

	Pemegang Polis		Tertanggung	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
d. Jantung dan Pembuluh Darah: nyeri dada, berdebar tak teratur, sakit jantung, tekanan darah tinggi/rendah, penyempitan, penyumbatan gangguan peredaran darah, varises, ambeien (wasir)?	☐	☐	☐	☐
e. Organ Perut: sakit maag, sakit kuning (liver), muntah darah, hernia, sering diare, mual, muntah-muntah, hepatitis, radang/batu empedu?	☐	☐	☐	☐
f. Sistem Kemih dan Kelamin: sakit pinggang, sakit/nyeri saat buang air kecil, saluran kencing, kencing batu/berpasir, batu ginjal, kencing berdarah, kencing nanah, sakit prostat, gagal ginjal, penyakit kelamin?	☐	☐	☐	☐
g. 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, stress atau gangguan jiwa?	☐	☐	☐	☐
h. Tulang dan Kulit: Gangguan tulang belakang, patah tulang, polio, amputasi, kelainan kulit, kusta, tahi lalat yang membesar dengan cepat?	☐	☐	☐	☐
i. Sistem Kelenjar dan Darah: Gangguan hormon, gondok, pembesaran getah bening, asam urat, kencing manis, kolesterol, kurang darah/anaemia, thalassemia, hemofilia, leukemia dan kelainan darah lainnya, menerima transfusi darah, donor darah, cuci darah?	☐	☐	☐	☐
j. Sistem Kekebalan dan Infeksi: HIV/AIDS atau gejala kompleks yang berhubungan dengan AIDS (ARC), malaria, disentri amuba, alergi, lupus?	☐	☐	☐	☐
k. Pertumbuhan Sel: tumor, kista, kanker, benjolan atau pertumbuhan abnormal?	☐	☐	☐	☐
l. Lain-lain yang belum disebutkan seperti kelainan bentuk tubuh atau jenis luka apapun, cacat fisik, cacat bawaan, trauma kepala?	☐	☐	☐	☐
2. Dalam LIMA TAHUN terakhir, apakah :	☐	☐	☐	☐
a. Menderita sakit, menjalani rawat inap, operasi, biopsi, endoskopi?	☐	☐	☐	☐
b. Dianjurkan/menjalani pemeriksaan laboratorium, Rontgen (X Ray) atau yang khusus contoh MRI, ECG, USG, CT Scan, tes darah misalnya kolesterol, gula darah, AIDS, hepatitis termasuk Hepatitis B, C, Anemia, dll)?	☐	☐	☐	☐
c. Menjalani pemeriksaan/pengobatan ke dokter umum/spesialis, ahli jiwa, radiasi, kemoterapi, tradisional atau pengobatan alternatif?	☐	☐	☐	☐
d. Mengalami keracunan, kecelakaan atau mencoba bunuh diri?	☐	☐	☐	☐
3. Khusus WANITA apakah :	☐	☐	☐	☐
a. Pernah hamil? Jika ya kapan & bagaimana kehamilannya?	☐	☐	☐	☐
b. Sedang hamil? Bila Ya, usia kehamilan bulan atau minggu	☐	☐	☐	☐
c. Haid terakhir - - (tgl-bln-thn)	☐	☐	☐	☐
d. Ada gangguan haid, pernah keguguran, kelainan pada saat bersalin?	☐	☐	☐	☐
e. Pernah dibentahi atau sedang menderita kelainan janin didalam kandungan/rahim/indung telur atau organ reproduksi, komplikasi kehamilan, payudara.	☐	☐	☐	☐
f. Pernah atau disarankan untuk periksa papsmea, mammografi atau pemeriksaan kandungan lainnya?	☐	☐	☐	☐
4. Khusus Tertanggung ANAK < 17 Tahun, apakah :	☐	☐	☐	☐
a. Kelahiran secara : ☐ Normal/Spontan ☐ Operasi/Cesar	☐	☐	☐	☐
Bantuan Alat : ☐ Vacum ☐ Forceps ☐ Lain-lain	☐	☐	☐	☐
Alasan dilakukan tindakan selain normal/ spontan	☐	☐	☐	☐
Nama dokter & RS yang melakukan tindakan	☐	☐	☐	☐
b. Lama kehamilan: ☐ 9 bulan/ ☐ minggu ☐ < 9 bulan/ ☐ minggu ☐ > 9 bulan/ ☐ minggu	☐	☐	☐	☐
c. Ada kelainan/penyakit pada waktu dalam kandungan?	☐	☐	☐	☐
d. Pada saat melahirkan ada kesulitan/kelainan/penyakit?	☐	☐	☐	☐
Dilahirkan di: ☐ Rumah Sakit ☐ Rumah Bersalin ☐ Lain lain yaitu	☐	☐	☐	☐
Sebutkan Nama/Alamat	☐	☐	☐	☐
e. Panjang / Berat saat lahir: Cm / Kg	☐	☐	☐	☐

Premi

Premi

Total	1	0	0	(%)
-------	---	---	---	-----

Surat Permintaan Asuransi Jiwa

16. Telepon Kantor
(termasuk kode wilayah)
17. Alamat Penagihan/
Korespondensi surat

Kota												Kode Pos			
Selular															
Rumah Kantor Lainnya (disisi apabila alamat korespondensi berbeda dengan alamat rumah dan kantor)															

18. Telepon
(termasuk kode wilayah)
19. Email

Kota												Kode Pos			
Selular															

20. Hubungan dengan
Tertanggung

☐ Diri Sendiri	☐ Suami Istri	☐ Orang Tua & Anak	☐ Lainnya sebutkan
---------------------------------------	--------------------------------------	---	---

B. Data Tertanggung

Disisi jika nama berbeda dengan Pemegang Polis

1. Nama Lengkap (sesuai ID)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Tanggal lahir

tgl	bln	thn	Usia	Tahun

3. Nomor ID

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Kewarganegaraan

☐ Indonesia	☐ Lainnya
------------------------------------	----------------------------------

5. Jenis Kelamin

☐ Pria	☐ Wanita
-------------------------------	---------------------------------

6. Agama

☐ Islam	☐ Kristen	☐ Katolik	☐ Hindu	☐ Budha	☐ Lainnya
--------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	----------------------------------

7. Status

☐ Belum Menikah	☐ Menikah	☐ Janda/Duda	☐ CeraI	Jumlah Tanggungan

8. Pekerjaan

☐ Pemilik Usaha	☐ Karyawan	☐ Ibu Rumah Tangga	☐ Pelajar	Lainnya

Jobatan	Lamanya	Tahun

Bidang Usaha	Perdagangan	Manufaktur	Jasa/Keuangan	Pemerintahan	Konstruksi

Transportasi	Sumber Daya Alam	Lainnya

Rincian Tugas

9. Nomor NPWP

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10. Penghasilan kotor/bulan

☐ < Rp 5 jt	☐ Rp 5 jt ≤ x < Rp 10 jt	☐ Rp 10 jt ≤ x < Rp 20 jt	☐ Rp 20 jt ≤ x < Rp 50 jt	☐ ≥ Rp 50 jt
------------------------------------	---	--	--	-------------------------------------

11. Alamat Rumah (sesuai ID)

Nama Perusahaan/Perumahan

Nama Gedung/Jl.

Blok/RT/RW/No. Rumah

Kel/Kec

Kota/Kabupaten

12. Telepon Rumah
(termasuk kode wilayah)

Kota												Kode Pos			

Selular															

13. Alamat Kantor

Kota												Kode Pos			

14. Telepon Kantor
(termasuk kode wilayah)

Kota												Kode Pos			

Selular															

15. Email

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--