

SURAT PERMINTAAN ASURANSI JIWA

UNIT LINK

- Harap mengisi dengan menggunakan tinta warna hitam, huruf cetak dan kapital, tulisan tidak keluar dari kotak, jelas dan memberi tanda (V) pada kotak jawaban yang sesuai.
- Harap tidak menandatangani SPAJ ini dalam keadaan kosong dan pastikan semua pertanyaan telah diisi dengan lengkap dan benar sebelum menandatangani.
- Jika terjadi kesalahan dalam pengisian formulir, tidak perlu dihapus tetapi dicoret dan ditandatangani pada bagian yang dikoreksi.

Setelah menerima penjelasan tentang produk Asuransi Jiwa yang ditawarkan beserta persyaratan yang ditentukan, saya dapat memahami dan mengerti segala risiko terkait dengan produk asuransi ini. Saya yang bertandatangan dibawah ini, calon Pemegang Polis dan atau Calon Tertanggung mengajukan Permintaan Asuransi Jiwa kepada BRILife berdasarkan hal-hal di bawah ini sebagai berikut:

Produk yang Diajukan (Pilih Salah Satu):
 BRI Life-Link Proteksi (Premi Berkala)
 BRI Life-Link Optima (Premi Tunggal)

Diisi oleh Petugas Penjualan

Nama

Kode Agen

Nomor AAJI

A. DATA CALON PEMEGANG POLIS

1 Nama Lengkap (sesuai kartu identitas)	<input type="text"/>
2 Jenis Kartu Identitas	<input type="checkbox"/> KTP <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Paspur dilampiri KITAP/KITAS/KIMS bila WNA
3 Nomor Kartu Identitas	<input type="text"/>
Tanggal Kadaluarsa (tgl/bln/thn)	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> atau <input type="checkbox"/> Seumur Hidup
4 Tempat & Tanggal Lahir (tgl/bln/ahr)	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
5 Kewarganegaraan	<input type="checkbox"/> WNI <input type="checkbox"/> WNA Negara <input type="text"/>
6 Jenis Kelamin	<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita
7 Agama	<input type="checkbox"/> Islam <input type="checkbox"/> Kristen <input type="checkbox"/> Katolik <input type="checkbox"/> Hindu <input type="checkbox"/> Budha <input type="checkbox"/> Kong Hu Cu <input type="checkbox"/> Lainnya, <input type="text"/>
8 Status Perkawinan	<input type="checkbox"/> Kawin <input type="checkbox"/> Belum Kawin <input type="checkbox"/> Duda/Janda
9 Nama Gadis Ibu Kandung	<input type="text"/>
10 Alamat Sesuai Kartu Identitas	<input type="text"/>
	RT <input type="text"/> RW <input type="text"/> Kel <input type="text"/>
	Kec <input type="text"/> Kota <input type="text"/>
	Provinsi <input type="text"/> Kode Pos <input type="text"/>
	Negara <input type="text"/>
11 Alamat Domisili	<input type="text"/>
<i>Diisi jika alamat berbeda dengan identitas</i>	
	RT <input type="text"/> RW <input type="text"/> Kel <input type="text"/>
	Kec <input type="text"/> Kota <input type="text"/>
	Provinsi <input type="text"/> Kode Pos <input type="text"/>
	Negara <input type="text"/>
12 Informasi Kontak	Telp <input type="text"/> - <input type="text"/>
	HP <input type="text"/> - <input type="text"/>
	Email <input type="text"/>
13 Pendidikan Formal Terakhir	<input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> SLTP <input type="checkbox"/> SLTA <input type="checkbox"/> S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> S3 <input type="checkbox"/> Lainnya, <input type="text"/>
14 Pekerjaan	<input type="checkbox"/> Wiraswasta <input type="checkbox"/> Peg. Swasta <input type="checkbox"/> Peg. BUMN/BUMD <input type="checkbox"/> PNS <input type="checkbox"/> TNI/POLRI
	<input type="checkbox"/> Profesional (Dokter, Pengacara, Akuntan, dll) <input type="checkbox"/> Lainnya, <input type="text"/>
15 Bidang Usaha	<input type="text"/> Jabatan <input type="text"/>
16 Nama Institusi Tempat Kerja	<input type="text"/>
17 Alamat Institusi	<input type="text"/>
	RT <input type="text"/> RW <input type="text"/> Kel <input type="text"/>
	Kec <input type="text"/> Kota <input type="text"/>
	Provinsi <input type="text"/> Kode Pos <input type="text"/>
	Negara <input type="text"/>
18 Informasi Kontak Kantor	<input type="text"/> - <input type="text"/>
19 Alamat Surat Menyurat	<input type="checkbox"/> Sesuai Identitas <input type="checkbox"/> Sesuai Domisili <input type="checkbox"/> Kantor/Tempat Bekerja
20 Alamat Pengiriman Polis	<input type="checkbox"/> Sesuai Alamat Surat Menyurat <input type="checkbox"/> Melalui Tenaga Penjual BRILife
21 Nomor NPWP	<input type="text"/>
22 Hubungan dengan Calon Tertanggung	<input type="checkbox"/> Diri Sendiri <input type="checkbox"/> Orang Tua <input type="checkbox"/> Suami/Istri <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Kakak/Adik <input type="checkbox"/> Lainnya, <input type="text"/>

B. DATA CALON TERTANGGUNG

Tidak perlu diisi apabila Calon Tertanggung sama dengan Calon Pemegang Polis

1 Nama Lengkap (sesuai kartu identitas)	<input type="text"/>
2 Jenis Kartu Identitas	<input type="checkbox"/> KTP <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Paspor dilampiri KITAP/KITAS/KIMS bila WNA
3 Nomor Kartu Identitas	<input type="text"/>
Tanggal Kadaluarsa (tgl/bln/thn)	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> atau <input type="checkbox"/> Seumur Hidup
4 Tempat & Tanggal Lahir (tg/bln/ahr)	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
5 Kewarganegaraan	<input type="checkbox"/> WNI <input type="checkbox"/> WNA Negara <input type="text"/>
6 Jenis Kelamin	<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita
7 Agama	<input type="checkbox"/> Islam <input type="checkbox"/> Kristen <input type="checkbox"/> Katolik <input type="checkbox"/> Hindu <input type="checkbox"/> Budha <input type="checkbox"/> Kong Hu Cu <input type="checkbox"/> Lainnya, _____
8 Status Perkawinan	<input type="checkbox"/> Kawin <input type="checkbox"/> Belum Kawin <input type="checkbox"/> Duda/Janda
9 Nama Gadis Ibu Kandung	<input type="text"/>
10 Alamat Sesuai Kartu Identitas	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	RT <input type="text"/> RW <input type="text"/> Kel <input type="text"/>
	Kec <input type="text"/> Kota <input type="text"/>
	Provinsi <input type="text"/> Kode Pos <input type="text"/>
	Negara <input type="text"/>
11 Alamat Domisili	<input type="text"/>
<i>Diisi jika alamat berbeda dengan identitas</i>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	RT <input type="text"/> RW <input type="text"/> Kel <input type="text"/>
	Kec <input type="text"/> Kota <input type="text"/>
	Provinsi <input type="text"/> Kode Pos <input type="text"/>
	Negara <input type="text"/>
12 Informasi Kontak	Telp <input type="text"/> - <input type="text"/>
	HP <input type="text"/> - <input type="text"/>
	Email <input type="text"/>
13 Pendidikan Formal Terakhir	<input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> SLTP <input type="checkbox"/> SLTA <input type="checkbox"/> S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> S3 <input type="checkbox"/> Lainnya, _____
14 Pekerjaan	<input type="checkbox"/> Wiraswasta <input type="checkbox"/> Peg. Swasta <input type="checkbox"/> Peg. BUMN/BUMD <input type="checkbox"/> PNS <input type="checkbox"/> TNI/POLRI
	<input type="checkbox"/> Profesional (Dokter, Pengacara, Akuntan, dll) <input type="checkbox"/> Lainnya, _____
15 Bidang Usaha	<input type="text"/> Jabatan <input type="text"/>
16 Nama Institusi Tempat Kerja	<input type="text"/>
17 Alamat Institusi	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	RT <input type="text"/> RW <input type="text"/> Kel <input type="text"/>
	Kec <input type="text"/> Kota <input type="text"/>
	Provinsi <input type="text"/> Kode Pos <input type="text"/>
	Negara <input type="text"/>
18 Informasi Kontak Kantor	<input type="text"/> - <input type="text"/>
19 Nomor NPWP	<input type="text"/>

C. DATA PEMBAYARAN PREMI

Sehubungan dengan pelaksanaan Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor 30/PMK.010/2010 tentang Penerapan Prinsip Mengenal Nasabah bagi Lembaga Keuangan Non Bank, PT Asuransi BRI Life Menerapkan kewajiban bagi calon Pembayar Premi untuk menjawab hal-hal di bawah ini:

Calon Pembayar Premi adalah Calon Pemegang Polis	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak (Jika "Tidak", Isi Formulir Tambahan Data Calon Pembayar Premi)
SUMBER DANA PEMBAYARAN PREMI	
1 Tujuan pengajuan asuransi (Pilihan dapat lebih dari satu):	
<input type="checkbox"/> Proteksi	<input type="checkbox"/> Tabungan <input type="checkbox"/> Pendidikan <input type="checkbox"/> Pensiun <input type="checkbox"/> Lainnya, _____
2 Sumber penghasilan per bulan dari Calon Pembayar Premi (Pilihan dapat lebih dari satu):	
<input type="checkbox"/> Gaji	<input type="checkbox"/> Bisnis Pribadi <input type="checkbox"/> Hasil Investasi <input type="checkbox"/> Pasangan (Suami/Istri) <input type="checkbox"/> Bonus/Insentif/Komisi
<input type="checkbox"/> Lainnya, _____	
3 Jumlah penghasilan kotor per tahun:	
<input type="checkbox"/> < 75 jt	<input type="checkbox"/> 75 jt ≤ 250 jt <input type="checkbox"/> 250 jt ≤ 500 jt
<input type="checkbox"/> 500 jt ≤ 1 milyar	<input type="checkbox"/> 1 milyar ≤ 2 milyar <input type="checkbox"/> > 2 milyar , _____ <i>*cantumkan jumlah penghasilan</i>

- 1 Cara Pembayaran Premi Debit Rekening Otomatis BRIVA Kartu Kredit Lainnya, _____
- 2 Periode Bayar Premi Premi Tunggal Premi Berkala* , yaitu (pilih salah satu periode bayar di bawah ini):
 Bulanan Triwulanan Semesteran Tahunan
- 3 Masa Bayar Premi Berkala* 10 tahun 15 tahun 20 tahun Selama Masa Asuransi
 * Khusus untuk produk Davestera Proteksi

D. DATA TERMASLAHAT

Termaslahat adalah Yang Ditunjuk untuk menerima manfaat pertanggungan apabila Tertanggung meninggal dunia (maksimal 5 orang)

No	Nama Lengkap (Sesuai Kartu Identitas)	Nomor Induk Kependudukan	Tanggal Lahir	Pria/Wanita	Hubungan dengan Tertanggung	Persentase (%)
1						
2						
3						
4						
5						
Total						100%

E. DATA PERTANGGUNGAN & INVESTASI

- 1 Uang Pertanggungan Dasar Rp -
- 2 Premi Tunggal/Dasar Berkala* Rp -
- 3 Premi Top Up Berkala* Rp -
- * Khusus untuk produk Davestera Proteksi
- 4 Manfaat Tambahan (Rider) yang dipilih **: Term Insurance Rp -
- Personal Accident Plus Rp -
- Critical Illness Rp -
- Total Permanent Disability Rp -
- Hospitalization Cash Plan Rp -
- Health Protection Plan A Plan B Plan C Plan D Plan E Plan F
- Waiver of Premium
- Payor Death Protection
- Payor Benefit
- Spouse Death Protection
- Spouse Benefit
- Lainnya : _____
- Lainnya : _____

* Mohon coret salah satu sesuai pilihan periode bayar premi

** Khusus untuk premi tunggal maka Manfaat Tambahan (Rider) yang dapat dipilih hanya Term Insurance, Personal Accident Plus, Total Permanent Disability, Critical Illness, dan Hospitalization Cash Plan

5. Alokasi Dana Investasi yang dipilih :
- Darlink AMAN %
- Darlink STABIL %
- Darlink DINAMIS %
- Darlink AGRESIF %
- Darlink AMANAH %
- Total %

F. DATA KEPEMILIKAN ASURANSI

1. Apakah asuransi Anda pernah ditolak, ditunda, dikenakan ekstra premi, diubah/dihentikan oleh Perusahaan Asuransi? Ya Tidak
- Jika Ya, jelaskan alasannya :
2. Apakah Anda sudah memiliki polis di perusahaan lain? Ya Tidak
- | Nama Perusahaan | Uang Pertanggungan |
|-----------------|--------------------|
| | |
| | |

G. DATA KESEHATAN CALON TERTANGGUNG

1. Tinggi/Berat Badan Tertanggung: Cm Kg Ya Tidak
2. Apakah Anda perokok Ya Tidak
- Jika "Ya", batang / hari Telah berjalan tahun

- | | Ya | Tidak |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 3. Apakah Anda terlibat hobi/kegiatan berisiko tinggi?
<i>(sebagai awak pesawat, terjun payung, mendaki gunung, menyelam, balap, pelayaran, pertambangan, dan arung jeram)</i>
Jika "Ya", mohon melengkapi Formulir Tambahan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Apakah Anda pernah atau mempunyai kebiasaan minum minuman keras/beralkohol dan sejenisnya?
Jika "Ya", Isi Formulir Pertanyaan Tambahan untuk Penggunaan Alkohol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Apakah Anda pernah menggunakan obat-obat terlarang, narkotik atau obat penenang?
Jika "Ya", jelaskan jenisnya _____ Jumlahnya _____ per hari | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Apakah Anda pernah/sedang menderita penyakit/gangguan/kelainan pada pertanyaan dibawah ini:
Jika "Ya", lingkari pada penyakit/gangguan/kelainan yang diderita. | | |
| a. Mata : Termasuk fungsi penglihatan. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Telinga, Hidung dan Tenggorokan : Termasuk fungsi pendengaran/bicara? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Paru-paru : Termasuk fungsi pernafasan, saluran nafas, batuk lama, bronchitis, asma, batuk darah, dan TBC? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Jantung dan Pembuluh Darah : Termasuk nyeri dada, berdebar tak teratur, sakit jantung, tekanan darah tinggi, darah rendah, penyempitan/penyumbatan/gangguan peredaran darah, varises,ambeian (wasir)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Organ Perut : Sakit Maag, sakit kuning (liver), muntah darah, hernia, sering diare, mual, muntah-muntah, hepatitis, radang/batu empedu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Sistem Kemih dan Kelamin : Sakit pinggang, sakit/nyeri saat buang air kecil, kencing batu/berpasir, batu ginjal, kencing berdarah, kencing nanah, sakit prostat, gagal ginjal, penyakit kelamin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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, stres atau gangguan jiwa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Tulang dan Kulit : Gangguan tulang belakang, patah tulang, polio, amputasi, kelainan kulit, kusta, tahi lalat yang bertumbuh dengan cepat? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Sistem Kelenjar dan Darah : Gangguan hormon, gondok, thyroid, pembesaran getah bening, asam urat, kencing manis, kolesterol, kurang darah/anemia, thalasemia, hemofilia, leukemia dan kelainan darah lainnya? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Sistem Kekebalan dan Infeksi : HIV/AIDS atau gejala kompleks yang berhubungan dengan AIDS (ARC), malaria, disentri amuba, alergi dan lupus? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Pertumbuhan Sel : Tumor, kista, kanker, benjolan atau pertumbuhan sel abnormal lainnya? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Lainnya : Yang belum disebutkan diatas (kelainan bentuk tubuh atau jenis luka apapun, penyakit bawaan, berkebutuhan khusus, cacat fisik, trauma kepala, kecelakaan, dll)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Apakah Anda pernah/sedang menderita penyakit/gangguan/kelainan sehingga : | | |
| a. Menjalani rawat inap/rawat jalan, operasi, biopsi, endoskopi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Menjalani pemeriksaan laboratorium, rontgen (X Ray) atau yang khusus, contoh : MRI, ECG, USG, CT Scan, tes darah (kolesterol, gula darah, AIDS, hepatitis, anemia, dll) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Menjalani pengobatan ahli jiwa, radiasi, kemoterapi, tradisional atau pengobatan alternatif? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Jika pada No. 6 s/d 7 menjawab "Ya", maka jelaskan pada kolom dibawah ini:

Pertanyaan No.	Jelaskan dengan lengkap: penyebab sakit, keluhan yang diderita, diagnosa penyakit, lama sakit yang diderita, tanggal konsultasi (rawat), tindakan yang diberikan dokter, nama dan alamat dokter/rumah sakit /tempat konsultasi, serta kondisi saat ini. (Gunakan kertas tambahan, jika tempat tidak mencukupi)

8. Dalam 2 (dua) tahun terakhir, apakah :
- a. Menerima transfusi darah? Ya Tidak
Jika "Ya", jelaskan alasannya:
- b. Ditolak untuk donor darah? Ya Tidak
Jika "Ya", jelaskan alasannya:
9. Khusus Tertanggung Wanita :
- a. Apakah saat ini sedang hamil? Ya Tidak
Jika "Ya", berapa minggu usia kehamilannya?
- b. Pernah mengalami kesulitan/komplikasi pada saat hamil/melahirkan? Ya Tidak
- c. Pernah/sedang menderita penyakit/keluhan pada payudara atau kandungan, termasuk haid tidak teratur? Ya Tidak
Jika pada point b & c anda menjawab "Ya", jelaskan :
10. Khusus Tertanggung Anak Kurang dari 5 Tahun :
- a. Dilahirkan dalam kondisi Normal Prematur Lainnya, _____
- b. Lama kehamilan Minggu
Dokter yang dikunjungi
- c. Panjang/Berat saat lahir Cm Kg
11. Apakah dalam keluarga terdekat ada yang menderita sakit Jantung, Stroke, Tekanan Darah Tinggi, TBC, Kencing Manis, Ginjal, Kelainan Mental, Hepatitis, Kanker, Penyakit keturunan lainnya atau suami/istri/orang tua anda menderita AIDS. Ya Tidak
Jika "Ya", jelaskan siapa, penyakit yang diderita, usia saat ini, keadaan saat ini :

H. PERNYATAAN CALON PEMEGANG POLIS DAN CALON TERTANGGUNG

Dengan ini Saya/Kami menyatakan dan menyetujui bahwa :

1. Telah membaca, mengerti 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 itu merupakan dasar dan merupakan satu kesatuan bagian yang tidak terpisahkan dari Pembuatan Polis. Apabila ditemukan bahwa pernyataan atau jawaban yang Saya/Kami berikan tidak benar, maka BRI Life berhak untuk membatalkan kontrak pertanggungan/Polis sejak awal dan/atau melakukan tindakan lainnya sesuai dengan ketentuan dalam Polis.
2. Telah mendapatkan penjelasan dan sepenuhnya mengerti serta menerima hal-hal dibawah ini :
Besar 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 BRI Life, termasuk afiliasi, pemegang saham, direksi, komisaris, agen dan karyawan dari segala tuntutan, gangguan, ancaman dari siapapun dan dalam bentuk apapun yang mungkin timbul baik pada saat ini maupun di kemudian hari.
3. Transaksi investasi akan dijalankan sesudah Surat Permintaan Asuransi Jiwa 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 Permohonan disetujui dan pembayaran premi diterima di rekening BRI Life.
4. Saya/Kami menyetujui untuk membayar semua biaya-biaya yang timbul sehubungan dengan perlindungan asuransi Unit Link ini termasuk tetapi tidak terbatas pada biaya akuisisi.
5. Apabila premi pertama belum Saya/Kami lunasi kepada BRI Life maka pertanggungan belum berlaku walaupun pengajuan SPAJ telah disetujui BRI Life.
6. Dokter yang pernah dan akan memeriksa Saya/Kami diperkenankan mengadakan pemeriksaan medis yang diperlukan terhadap Tertanggung atau Pemegang Polis di kemudian hari.
7. 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 BRI Life akan melaksanakan kewajibannya sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
8. Saya/Kami dengan ini mengizinkan BRI Life untuk menggunakan atau memberikan informasi atau keterangan mengenai Saya/Kami yang tersedia, diperoleh atau disimpan oleh BRI Life sesuai yang tercantum dalam SPAJ ini atau sarana lain, kepada pihak-pihak lain (termasuk tetapi tidak terbatas pada perusahaan reasuransi, asuransi, lembaga, bank atau badan hukum lain baik di dalam maupun luar negeri) yang memiliki hubungan kerjasama dengan BRI Life dalam rangka pengajuan SPAJ ini, pembayaran klaim, pelayanan nasabah, maupun penawaran produk lain kepada Saya/Kami.
9. Transaksi keuangan ini tidak berasal dari dan/atau untuk tujuan pencucian uang dan/atau pendanaan terorisme sesuai UU No. 8 tahun 2010 dan UU No. 9 tahun 2013.

I. KETENTUAN PERTANGGUNGAN SEBELUM SPAJ DISETUJUI

1. Penerimaan Premi Pertama belum menjamin berlakunya pertanggungan. Bila Calon Tertanggung meninggal dunia sebelum Polis diterbitkan, maka manfaat meninggal dunia yang akan dibayarkan BRI Life adalah yang memenuhi syarat-syarat di bawah ini:
 - a) Surat Permintaan Asuransi Jiwa telah dilengkapi dan ditandatangani oleh Pemohon/Calon Pemegang Polis dan Tertanggung; dan
 - b) Premi telah dibayar lunas dan Pemegang Polis telah menerima dokumen bukti pembayaran yang dikeluarkan oleh Bank serta diakui oleh BRI Life.
BRI Life hanya menerima pembayaran premi asuransi melalui Virtual Account atau Pendebetan dan tidak menerima pembayaran premi asuransi secara tunai; dan
 - c) Seluruh syarat dan ketentuan dalam pengajuan asuransi jiwa telah dipenuhi oleh Pemohon/Calon Pemegang Polis dan diterima oleh BRI Life; dan
 - d) Calon Tertanggung dalam keadaan dapat diasuransikan sesuai dengan ketentuan yang berlaku di BRI Life.Jumlah Manfaat Meninggal Dunia yang dibayarkan adalah sebesar Uang Pertanggungan Dasar untuk Manfaat Meninggal Dunia pada Surat Permintaan Asuransi Jiwa, kecuali ditentukan lain dalam Polis.
2. Bila Calon Tertanggung meninggal dunia karena kecelakaan sebelum Polis diterbitkan, maka manfaat meninggal dunia yang akan dibayarkan BRI Life adalah Manfaat Meninggal Dunia karena Kecelakaan. Jumlah Manfaat Meninggal Dunia karena Kecelakaan yang dibayarkan adalah sebesar Uang Pertanggungan Dasar untuk Manfaat Meninggal Dunia karena Kecelakaan pada Surat Permintaan Asuransi Jiwa, kecuali ditentukan lain dalam Polis.
3. Jika Calon Tertanggung meninggal akibat melakukan bunuh diri (baik sadar ataupun tidak), akibat Calon Tertanggung melakukan kejahatan, akibat menjalani eksekusi hukuman mati oleh pengadilan, akibat tindak kejahatan atau pembunuhan yang dilakukan oleh orang yang berkepentingan dalam pertanggungan, atau akibat penyakit yang telah diderita sebelumnya (pre-existing condition), maka kewajiban BRI Life hanya pada pengembalian jumlah penerimaan premi yang telah dibayarkan Pemohon/Calon Pemegang Polis tanpa bunga.

Dengan ini Saya / Kami memberi kuasa kepada BRI Life 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 BRI Life.

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

Pemegang Polis	Tertanggung
(_____) Nama Jelas	(_____) Nama Jelas
Tempat : _____	Tempat : _____
Tanggal : ____/____/____	Tanggal : ____/____/____

Keterangan:

- TANDA TANGAN HANYA SETELAH DILENGKAPI (tidak dalam keadaan SPAJ Kosong) DAN YAKIN JAWABAN TELAH SESUAI DENGAN SEBENARNYA.

J. PERNYATAAN TENAGA PENJUALAN:

1. Saya menyatakan bahwa semua keterangan yang terdapat di dalam Surat Permintaan Asuransi Jiwa ini adalah keterangan yang diberikan oleh Pemohon/Calon Pemegang Polis dan/atau Calon Tertanggung, dan saya tidak menyembunyikan informasi apapun kepada Pemohon/Calon Pemegang Polis. Saya juga menyatakan bahwa saya tidak memberikan keterangan yang bertentangan dengan syarat/ketentuan Surat Permintaan Asuransi Jiwa ini. Saya menyatakan bahwa berdasarkan konfirmasi dari Pemohon/Calon Pemegang Polis, tidak terdapat kepentingan pihak ketiga dan Pemohon/Calon Pemegang Polis bertindak untuk dan atas nama dirinya sendiri dalam penutupan Polis ini.
2. Saya telah melakukan verifikasi atas seluruh salinan dokumen yang diberikan oleh Pemohon/Calon Pemegang Polis kepada saya dan menyatakan bahwa salinan tersebut adalah sesuai asli dan masih berlaku.

Dengan ditandatanganinya Surat Permintaan Asuransi Jiwa, Saya menyatakan bahwa telah melakukan verifikasi dan identifikasi terhadap Calon Pemegang Polis sesuai dengan ketentuan dan peraturan yang berlaku mengenai Prinsip Mengenal Nasabah.

Tenaga Penjualan	Supervisor	Kelengkapan Formulir dan Dokumen (√)
(_____) Nama Jelas	(_____) Nama Jelas	<input type="checkbox"/> Formulir SPAJ telah diisi lengkap dan ditandatangani oleh Pemegang Polis, Tertanggung serta ditandatangani oleh Tenaga Penjualan.
Tempat : _____	Tempat : _____	<input type="checkbox"/> Fotokopi kartu identitas Calon Pemegang Polis dan Calon Tertanggung.
Tanggal : ____/____/____	Tanggal : ____/____/____	<input type="checkbox"/> Ilustrasi yang telah ditandatangani oleh Pemohon / Calon Pemegang Polis
		<input type="checkbox"/> Surat Kuasa Pendebetan Rekening (SKPR) / Surat Kuasa Pendebetan Kartu Kredit (SKPKK).
		<input type="checkbox"/> Fotokopi Kartu Keluarga (jika Tertanggung anak di bawah 17 tahun)

CATATAN PENTING UNTUK DIPERHATIKAN/DISCLAIMER

BRI Life-Link Proteksi dan BRI Life-Link Optima adalah produk asuransi yang diterbitkan oleh PT. Asuransi BRI Life. Produk ini bukan merupakan produk dari PT. Bank Rakyat Indonesia (Persero), Tbk., tidak mengandung kewajiban apapun dan tidak dijamin oleh PT. Bank Rakyat Indonesia (Persero), Tbk., serta tidak termasuk dalam program penjaminan pemerintah Republik Indonesia. PT. Bank Rakyat Indonesia (Persero), Tbk. tidak bertanggung jawab atas polis asuransi yang diterbitkan oleh PT. Asuransi BRI Life sehubungan dengan produk BRI Life-Link Proteksi dan BRI Life-Link Optima tersebut. Penggunaan logo PT. Bank Rakyat Indonesia (Persero), Tbk. adalah atas dasar persetujuan PT. Bank Rakyat Indonesia (Persero), Tbk. sebagai wujud kerjasama antara PT. Bank Rakyat Indonesia (Persero), Tbk. dengan PT. Asuransi BRI Life dalam penawaran produk BRI Life-Link Proteksi dan BRI Life-Link Optima. PT. Bank Rakyat Indonesia (Persero), Tbk. bukan agen PT. Asuransi BRI Life maupun broker dari nasabah PT. Bank Rakyat Indonesia (Persero), Tbk.