

SURAT PERMINTAAN ASURANSI JIWA

PTG1.01-Vs.1



DATA CALON PEMEGANG POLIS

Nomor SP :

ID Pemegang Polis : Tanggal Pengisian SP : - -

Sebutan (Tn,Ny,Nn,Ps) : Jenis Kelamin : 1 = Laki - Laki 2 = Perempuan

Nama Lengkap :

Gelar Depan : Gelar Belakang :

Tempat Lahir : Tanggal 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 :

Nomor Telepon/HP (wajib diisi) : -

Pekerjaan

Status/Jabatan :

Nama Lembaga/Perusahaan :

Alamat :

RT : RW :

Kelurahan :

Kecamatan :

Kota/Kabupaten : Kode Pos :

Nomor Telpon (wajib diisi) : - Nomor Fax :

Propinsi :

Rumah

Alamat :

RT : RW :

Kelurahan :

Kecamatan :

Kota/Kabupaten :

Kode Pos : Nomor Telepon :

Propinsi :

Tempat Bayar Premi : 1 = Kantor AJB Bumiputera 1912 2 = Alamat Pekerjaan 3 = Rumah 4 = Bank

Mengambil Asuransi Atas Jiwa Tertanggung : 1 = Sama dengan Calon Pemegang Polis 2 = Tidak sama dengan Calon Pemegang Polis

Wajib diisi oleh pemilik dana (orang tua/suami/anak kandung/badan hukum) :

Nomor NPWP : -

Pekerjaan Orang Tua/Suami/ Anak Kandung :

Nama Lembaga/Jenis Usaha :

Penghasilan Kotor Per Tahun : Rp<10 juta Rp25 juta - Rp50 juta Rp75 juta - Rp100 juta Rp200 juta - Rp300 juta Rp>500 juta
 Rp10 juta - Rp25 juta Rp50 juta - Rp75 juta Rp100 juta - Rp200 juta Rp300 juta - Rp500 juta

Sumber Dana (Bisa dipilih lebih dari satu) : Gaji Bonus/Insentif/Komisi Usaha Pribadi (sebutkan) _____
 Hasil Investasi (sebutkan) _____ Lain - lain (sebutkan) _____

Tujuan Penggunaan Dana : _____

Nama Bank : _____ No. Rek :



DATA CALON TERTANGGUNG

ID Tertanggung :

Sebutan (Tn,Ny,Nn,Ps) : Jenis Kelamin : 1 = Laki - Laki 2 = Perempuan

Nama Lengkap :

Gelar Depan : Gelar Belakang :

Tempat Lahir : Tanggal 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 :

Pekerjaan

Pekerjaan/Jabatan :

Nama Lembaga/Perusahaan :

Alamat :

RT: RW:

Kelurahan : Kecamatan :

Kota/Kabupaten : Kode Pos :

Nomor Telepon (wajib diisi) : - Nomor Fax :

Propinsi :

Rumah

Alamat :

RT: RW:

Kelurahan : Kecamatan :

Kota/Kabupaten : Kode Pos :

Nomor Telepon (wajib diisi) : - Nomor Fax :

Propinsi :

Hubungan Tertanggung : 1 = Istri/Suami/Anak/Orang Tua Kandung dengan Pemegang Polis
2 = Badan Hukum (PT, CV, FA, Koperasi dengan Karyawan)

DATA ASURANSI

Umur Calon Tertanggung : Tahun Jenis Pertanggung : 1 = Non-Medis 2 = Medis

Jenis Asuransi : Kode :

Masa Asuransi : Tahun Jenis Mata Uang : 1 = Rupiah 2 = Standar US\$

Cara Pembayaran Premi : 1 = Bulanan 2 = Triwulanan 3 = Setengah Tahunan 4 = Tahunan 5 = Tunggal 6 = Sekaligus

Masa Pembayaran Premi : Tahun atau sampai akhir tahun polis jika Tertanggung meninggal dunia

Uang Pertanggung :

Aviasi : 1 = Crew A 2 = Crew B 3 = Crew C

Mulai Asuransi : - -

Rider (Risiko Kecelakaan)

Kelas Rider : Jenis Risiko :

Kelas Waiver : Kelipatan : x UP Awal

Catatan Underwriter

Kelas Medis :

Kode Seleksi :

Khusus Mitra Beasiswa Berencana

Cara bayar Benefit Habis Kontrak

Cara bayar : 1 = Bulan 4 = Triwulan
2 = 1/2 Tahun 5 = Tahunan
3 = Sekaligus

Selama : Tahun

Rincian Titipan Premi

Premi Dasar :

Reduksi :

Premi Extra Mortalita :

Resiko - Aviasi :

Resiko Pekerjaan :

Resiko Waiver :

Nilai Tabungan Awal :

Jumlah :

Kurs Tengah :

Biaya Polis :

Jumlah Titipan Premi :

Bea Meterai dalam pembayaran Premi menjadi beban Pemegang Polis sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

DATA PENERIMA SANTUNAN

Nama	K	HDT	Tempat Lahir	Tanggal Lahir	Usia
1. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
2. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
3. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
4. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>

K = Keterangan : 1 = Laki-Laki 2 = Wanita 3 = Perusahaan / Badan Hukum

HDT = Hubungan Dengan Tertanggung : 1 = Orang Tua 2 = Anak 3 = Cucu 4 = Suami 5 = Istri 6 = Kreditor Berbadan Hukum 7 = Badan Hukum 8 = Lain-Lain (.....)

DATA KETERANGAN KESEHATAN

- | | Ya | Tidak |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Apakah Calon Tertanggung mempunyai cacat atau kehilangan salah satu fungsi anggota tubuh? Sebutkan _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Apakah Calon Tertanggung sekarang dalam keadaan sehat? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Apakah Calon Tertanggung biasanya dalam keadaan sehat? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Apakah Calon Tertanggung pernah dirawat di rumah sakit dalam jangka waktu 2 (dua) tahun terakhir ini? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Apakah Calon Tertanggung pernah menderita penyakit antara lain : Malaria, Kanker, TBC, Asma, Kencing Manis, Hati, Ginjal, Jantung, Ayan, Lumpuh, Syaraf, Tekanan Darah Rendah/Tinggi, Kelamin, AIDS, dalam jangka waktu 2 (dua) tahun terakhir? Sebutkan _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Apakah atas jiwa calon Tertanggung pernah diajukan suatu permintaan asuransi jiwa?
Jika pernah, pada perusahaan _____ dan bagaimana hasilnya ?
<input type="checkbox"/> 1 = Diterima 2 = Ditolak karena kesehatan 3 = Ditolak karena bukan kesehatan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Apakah diantara orang tua dan saudara sekandung Calon Tertanggung ada yang pernah/sedang menderita penyakit Tuberculose, Sawan (epilepsi), Kanker, Kencing Manis (Diabetes), Pitam, Sakit Jantung? Sebutkan:
Jika ada, siapa? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Apakah diantara Orang tua / saudara sekandung Calon Tertanggung ada yang pernah melakukan percobaan bunuh diri?
Jika ada, siapa? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Berat badan Calon Tertanggung : <input type="text"/> kg, Tinggi badan Calon Tertanggung <input type="text"/> cm. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Apakah Calon Tertanggung saat ini sedang dalam keadaan hamil ?
Jika ya, Berapa usia kehamilan? <input type="text"/> bulan. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Apakah Calon Tertanggung seorang perokok ? Jika ya, berapa batang per hari : <input type="text"/> batang | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Apakah Calon Tertanggung seorang kidal ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

HASIL PENILAIAN KESEHATAN

Copy Bukti Identitas : 1. KTP 2. SIM 3. Paspor Nomor Identitas :

DATA DOKUMEN PEMERIKSAAN KESEHATAN

- Pemeriksaan Lama : Nomor KD/SP :
- Pemeriksaan Baru :
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Laporan Pemeriksaan Kesehatan (LPK) - PTGI.04 | <input type="checkbox"/> Thorax Photo dengan Interpretasi (TPH) |
| <input type="checkbox"/> Urine Lengkap | <input type="checkbox"/> HIV Test |
| <input type="checkbox"/> Haematologi/Darah Rutin | <input type="checkbox"/> Laporan Pemeriksaan Kesehatan (LPK) ke-2 dari dokter yang berbeda |
| <input type="checkbox"/> Kimia Darah dan Lipid | <input type="checkbox"/> Formulir Data Nasabah - PTGI.06 |
| <input type="checkbox"/> Elektrokardiogram dengan Interpretasi (EKG) | <input type="checkbox"/> Lembar Wawancara Penelitian Produksi Baru - PTGI.02 |
| <input type="checkbox"/> Pemeriksaan EKG/ECG dengan Treadmill Test | <input type="checkbox"/> Pernyataan Petugas Penutup - PTG.03 |

DATA POLIS LAIN

Nomor Polis/Nomor SP	ID Peserta	Mulai Asuransi	Jenis Asuransi
1. <input type="text"/> JP <input type="checkbox"/> MU <input type="checkbox"/> Uang Pertanggung <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
2. <input type="text"/> JP <input type="checkbox"/> MU <input type="checkbox"/> Uang Pertanggung <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
3. <input type="text"/> JP <input type="checkbox"/> MU <input type="checkbox"/> Uang Pertanggung <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
4. <input type="text"/> JP <input type="checkbox"/> MU <input type="checkbox"/> Uang Pertanggung <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>

PERNYATAAN CALON PEMEGANG POLIS DAN CALON TERTANGGUNG

1. Saya menyetujui Syarat-syarat Umum dan Syarat-syarat Khusus yang berlaku untuk asuransi ini.
2. 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, AJB Bumiputera 1912 berhak membatalkan asuransi ini dan tidak diwajibkan mengembalikan uang premi yang telah diterima oleh AJB Bumiputera 1912 maupun membayar uang pertanggungan.
3. Saya menyetujui bahwa dengan ditunjuknya tempat pembayaran premi di alamat pekerjaan/lain atau di alamat rumah, tidak dapat membebaskan saya dari kewajiban menyampaikan pembayaran premi kepada AJB Bumiputera 1912. Jika karena sesuatu hal pemungutan oleh AJB Bumiputera 1912 tidak dilakukan tepat pada waktunya.
4. Saya menyetujui bahwa asuransi ini mulai berlaku sejak polis diterbitkan atau akseptasi dikeluarkan, dan jika kewajiban membayar premi pertama telah saya lunasi.
5. Untuk memastikan sebab-sebab kematian, saya setuju jika dokter-dokter memeriksa lebih lanjut (termasuk diotopsi) apabila diperlukan oleh yang berwajib.

_____, ____ / ____ / 20 ____

Tanda Tangan Calon Tertanggung

Tanda Tangan Calon Pemegang Polis

(Nama Jelas)

(Nama Jelas)

DATA AGEN

Nomor Agen :
Nama Agen :
Kode Blok Produksi : Kode Unit Penutup : Kode KO Penutup :

_____, ____ / ____ / 20 ____

Tanda Tangan Kepala Cabang

Tanda Tangan Petugas Penutup

(Nama Jelas & Stempel Kantor)

(Nama Jelas)

Hanya diisi dan diparaf oleh kasir

Titipan Premi :
Nomor Bukti Kas :
Tanggal : - -
Nomor Seri Kuitansi :

Paraf

KASIR

KUAK

SYARAT KHUSUS ASURANSI TANPA PEMERIKSAAN DOKTER (NON-MEDIS)

Sebagai pengganti pemeriksaan dokter, diperlukan masa percobaan (observasi) selama dua tahun yaitu jika tertanggung meninggal dunia dalam tahun polis pertama santunan akan dibayarkan sebesar 60% dari Uang Pertanggungan, jika tertanggung meninggal dunia dalam tahun polis kedua santunan akan dibayarkan sebesar 80% dari Uang Pertanggungan, jika tertanggung meninggal dunia karena kecelakaan santunan akan dibayarkan sebesar 100% dari Uang Pertanggungan.