

# SURAT PERMINTAAN ASURANSI JIWA

PTG1.01.Sy-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 :

:  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 Ponsel :  -

## Pekerjaan

Status/Jabatan :

Nama Lembaga/Perusahaan :

Alamat :

:

RT :  RW :

Kota/Kabupaten :  Kode Pos :

Nomor Telepon :  -  Nomor Fax :

Propinsi :

:

## Rumah

Alamat :

:

RT :  RW :

Kota/Kabupaten :  Kode Pos :

Nomor Telepon :  -  Nomor Fax :

Propinsi :

Tempat Bayar Premi :  1 = Kantor AJB Bumiputera1912 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 PESERTA

ID Peserta (CIF) :

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

Nama Lengkap :

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 :  -  Nomor Fax :

Propinsi :

## Rumah

Alamat :

RT:  RW:

Kelurahan :

Kecamatan :

Kota/Kabupaten :  Kode Pos :

Nomor Telepon :  -  Nomor Fax :

Propinsi :

Hubungan Peserta dengan Pemegang Polis :  1 = Istri/Suami/Anak/Orang Tua kandung dengan Pemegang Polis 2 = Badan Hukum (PT, CV, FA, Koperasi dengan Karyawan) 3 = Kreditur Berbadan Hukum dengan Debitur

## DATA ASURANSI

Umur Calon Peserta Sekarang :  Tahun Pembayaran Premi :  1 = Triwulan 2 = Tahunan 3 = Setengah Tahun 4 = Sekaligus

Jenis Asuransi :

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

Masa Pembayaran Premi :  tahun atau sampai peserta meninggal dunia

Masa Asuransi :  Tahun

Manfaat Awal :

Mulai Asuransi :

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

Jenis Pertanggunganaan :  1 = Non Medis 2 = Medis

## Rider (Risiko Kecelakaan)

Kelas Rider :  Jenis Risiko :

Kelas Waiver :  Kelipatan :  x UP Awal

### Catatan Underwriter

Kelas Medis :

Kode Seleksi :

## Cara Bayar Benefit Habis Kontrak

Cara Bayar :  1 = Bulan 2 = Triwulan 3 = 1/2 Tahun 4 = Tahunan

Selama :  Tahun

## Rincian Titipan Kontribusi Tahun Pertama

luran Tabarru' :

Ujrah (Biaya Pengelolaan) :

Dana Investasi :

Ekstra Tabbaru' :

Kontribusi Aviasi :

Kontribusi Risiko Kecelakaan :

Kontribusi Risiko Waiver :

Jumlah Kontribusi :

Kurs Tengah :

Biaya Polis :

Jumlah Kontribusi Sekaligus :

## 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 = Kreditur Berbadan Hukum 7 = Badan Hukum 8 = Penerima Dana Pendidikan 9 = Lain - lain (.....)

## DATA AGEN

Nomor Agen :

Nama Agen :

Kode Blok Produksi :  Kode Unit Penutup :  Kode KO Penutup :

## DATA KETERANGAN KESEHATAN

- |   | Ya                       | Tidak                    |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Apakah Calon Peserta mempunyai cacat atau kehilangan salah satu fungsi anggota tubuh? Jika ya sebutkan _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Apakah Calon Peserta sekarang dalam keadaan sehat?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Apakah Calon Peserta biasanya dalam keadaan sehat?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Apakah Calon Peserta pernah dirawat di rumah sakit dalam jangka waktu 2 (dua) tahun terakhir ini?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Apakah Calon Peserta 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?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Apakah atas jiwa Calon Peserta pernah diajukan suatu permintaan asuransi jiwa?<br>Jika pernah, pada perusahaan _____ dan bagaimana hasilnya ?<br><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 Peserta ada yang pernah/ sedang menderita penyakit Tuberculose, Sawan (epilepsi), Kanker, Rohani, Kencing Manis (Diabetes), Pitam, Sakit Jantung?<br>Jika ada siapa? _____                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Apakah diantara orang tua / saudara sekandung Calon Peserta ada yang pernah melakukan percobaan bunuh diri ?<br>Jika ada siapa? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Berat badan Calon Peserta : <input type="text"/> kg, Tinggi badan Calon Peserta : <input type="text"/> cm.   |                          |                          |
| j. Apakah Calon Peserta saat ini sedang dalam keadaan hamil ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Apakah Calon Peserta seorang perokok ? Jika ya, berapa batang per hari : <input type="text"/> batang.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Apakah Calon Peserta 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 :

#### Persyaratan Kesehatan yang Dilampirkan :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Laporan Pemeriksaan Kesehatan (LPK) - PTGL.04 | <input type="checkbox"/> Thorak 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 - PTGL.06                                   |
| <input type="checkbox"/> Elektrokardiogram dengan Interpretasi (EKG)   | <input type="checkbox"/> Lembar Wawancara Penelitian Produksi Baru - PTGL.02               |
| <input type="checkbox"/> Pemeriksaan EKG/ECG dengan Treadmill Test     | <input type="checkbox"/> Pernyataan Petugas Penutup - PTGL.03                              |

## DATA POLIS LAIN

Nomor Polis/Nomor SP	ID Peserta	Mulai Asuransi	Macam 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"/>
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"/>
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"/>
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"/>

## PERNYATAAN CALON PEMEGANG POLIS DAN CALON PESERTA

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 Kontribusi yang telah diterima oleh AJB Bumiputera 1912 maupun membayar Manfaat Asuransi.
3. Saya menyetujui bahwa dengan ditunjuknya tempat pembayaran kontribusi di alamat pekerjaan/lain atau di alamat rumah, tidak dapat membebaskan saya dari kewajiban menyampaikan pembayaran kontribusi 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 kontribusi 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.
6. Saya setuju bahwa semua keterangan dan pernyataan yang terkandung dalam formulir surat permintaan asuransi syariah ini dijadikan dasar perjanjian dengan AJB Bumiputera 1912 dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari perjanjian ini.
7. Saya dengan ini menyatakan setuju berakad dengan AJB Bumiputera 1912 untuk menyerahkan sejumlah dana dari kontribusi untuk dikelola berdasarkan prinsip al-mudharabah dengan pembagian keuntungan 70% untuk saya dan 30% untuk AJB Bumiputera 1912 Syariah. Saya setuju bahwa dari dana yang diserahkan dikenakan biaya pengelolaan.....% dari kontribusi tahun pertama, .....% dari kontribusi tahun kedua, dan pada setiap tahun berikutnya sebesar 5% dari kontribusi.
8. Berdasarkan prinsip AJB Bumiputera 1912 Syariah maka dengan ini saya setuju membayar melalui AJB Bumiputera 1912 sebanyak ...% dari angsuran kontribusi untuk dikreditkan ke dalam rekening khusus sebagai tabarru' untuk tujuan pembayaran manfaat asuransi bila ada peserta yang ditakdirkan meninggal dunia.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_

Tanda Tangan Calon Peserta

Tanda Tangan Calon Pemegang Polis

\_\_\_\_\_  
(Nama Jelas)

\_\_\_\_\_  
(Nama Jelas)

Tanda Tangan Kepala Cabang

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_  
Tanda Tangan Petugas Penutup

\_\_\_\_\_  
(Nama Jelas & Stempel Kantor)

\_\_\_\_\_  
(Nama Jelas)

### Hanya diisi dan diparaf oleh kasir

Titipan Kontribusi :   
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 peserta meninggal dunia dalam tahun polis pertama santunan akan dibayarkan sebesar 60% dari Uang Pertanggungan, jika peserta meninggal dunia dalam tahun polis kedua santunan akan dibayarkan sebesar 80% dari Uang Pertanggungan, jika peserta meninggal dunia karena kecelakaan santunan akan dibayarkan sebesar 100% dari Uang Pertanggungan.