

Surat Permohonan Asuransi Jiwa (SPAJ)

Koperasi Astra Credit Protection

Harap diisi secara jujur, lengkap, dan benar. Gunakan HURUF CETAK yang jelas dan menggunakan tinta hitam. Isi kotak yang tersedia dengan tanda ✓
Apabila terdapat koreksi terhadap informasi yang telah diberikan, mohon dicoret dan ditandatangani di setiap bentuk koreksi tersebut.

Keterangan Pertanggungan

Pemegang Polis	<input type="text" value="Koperasi Astra"/>	Uang Pertanggungan	<input type="text"/>
Masa Asuransi (Bulan/Tahun)	<input type="text"/>	Premi Asuransi	<input type="text"/>
Periode	<input type="text" value="s/d"/>	Nomor Polis Induk	<input type="text" value="K A P 0 0 0 0 0 2"/>

Identitas Peserta (Tertanggung)

Semua kolom wajib diisi

Nama Lengkap (Sesuai Identitas Diri)	<input type="text"/>		
Negara Lahir, Tempat, Tanggal Lahir (Tanggal/Bulan/Tahun)	<input type="text"/>		
Jenis Kelamin	<input type="checkbox"/> Laki-laki	<input type="checkbox"/> Perempuan	
Alamat Sesuai Identitas Diri	<input type="text"/>	Usia (ulang tahun terakhir)	<input type="text"/> tahun
	No. <input type="text"/> RT <input type="text"/> RW <input type="text"/>	Kecamatan	<input type="text"/> Tinggi Badan <input type="text"/> cm
Kelurahan	<input type="text"/>	Kota/Kabupaten	<input type="text"/> Berat Badan <input type="text"/> kg
Provinsi	<input type="text"/>	Negara	<input type="text"/> Nomor Ponsel <input type="text"/>
Alamat Tempat Tinggal	<input type="text"/>	Pekerjaan	<input type="text"/>
	No. <input type="text"/> RT <input type="text"/> RW <input type="text"/>	Kecamatan	<input type="text"/> Uraian Pekerjaan <input type="text"/>
Kelurahan	<input type="text"/>	Kota/Kabupaten	<input type="text"/>
Provinsi	<input type="text"/>	Negara	<input type="text"/>
Alamat Email	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Nomor Kartu Identitas Diri	<input type="text"/>	(KTP/Paspor/KITAS)	Kewarganegaraan <input type="checkbox"/> WNI <input type="checkbox"/> WNA, <input type="text"/>
Tujuan Pengajuan Asuransi	<input type="checkbox"/> Proteksi	<input type="checkbox"/> Lainnya, <input type="text"/>	
Penghasilan bersih per bulan*	<input type="checkbox"/> Tidak Ada	<input type="checkbox"/> Rp 25 Juta - < Rp 50 Juta	Sumber Pembayaran Premi
	<input type="checkbox"/> < Rp 5 Juta	<input type="checkbox"/> Rp 50 Juta - < Rp 100 Juta	<input type="checkbox"/> Pinjaman
	<input type="checkbox"/> Rp 5 Juta - < Rp 10 Juta	<input type="checkbox"/> ≥ Rp 100 Juta	<input type="checkbox"/> Penghasilan/Gaji
	<input type="checkbox"/> Rp 10 Juta - < Rp 25 Juta		<input type="checkbox"/> Pendapatan Badan Usaha
			<input type="checkbox"/> Lainnya, <input type="text"/>

*Apabila penghasilan yang diperoleh adalah dalam mata uang asing, maka yang dicantumkan adalah ekuivalen Rupiah menggunakan kurs tengah Bank Indonesia pada saat pengisian SPAJ ini

Deklarasi Pernyataan

SAYA, calon Peserta (Tertanggung) dengan ini memahami dan menyetujui, bahwa:

- Saat ini berada dalam keadaan sehat jasmani dan rohani, serta memberikan keterangan tersebut di atas dengan jujur, lengkap, dan benar.
- Keterangan ini merupakan dasar dan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis, dan perlindungan Asuransi jiwa ini berdasarkan pada jawaban/ pernyataan tersebut di atas. Sehingga apabila tidak benar atau tidak sesuai dengan kenyataan yang sebenarnya, maka Asuransi ini menjadi batal dan karenanya PT ASTRA AVIVA LIFE berhak untuk menolak dan tidak memproses klaim yang diajukan serta Premi yang telah dibayar tidak dikembalikan.
- Memberi kuasa kepada dokter, rumah sakit, atau lembaga lainnya untuk memberikan keterangan kepada PT ASTRA AVIVA LIFE mengenai keadaan kesehatan Saya dalam hubungannya dengan penutupan Asuransi ini. Untuk pelaksanaan kuasa ini, Saya dengan ini melepaskan ketentuan-ketentuan dalam pasal 1813, 1814, dan 1816 kitab Undang-Undang Hukum Perdata tentang berakhirnya kuasa. Salinan/fotocopy dari kuasa ini sama sah dan berlakunya dengan dokumen aslinya.

4. Menyetujui bahwa permohonan ini mulai berlaku setelah mendapat persetujuan dari Premi diterima di rekening PT ASTRA AVIVA LIFE dan pada Masa Asuransi ditetapkan oleh PT ASTRA AVIVA LIFE atau sesuai ketentuan lainnya yang ditetapkan oleh PT ASTRA AVIVA LIFE.
5. Memberi izin kepada PT ASTRA AVIVA LIFE untuk menggunakan atau memberikan informasi atau keterangan mengenai Saya yang tersedia, diperoleh, dan/atau disimpan oleh PT ASTRA AVIVA LIFE (sesuai yang tercantum pada SPAJ ini atau sarana lain), kepada pihak-pihak lain (termasuk tetapi tidak terbatas pada perusahaan re-asuransi, asuransi, lembaga bank, atau badan hukum lain baik di dalam maupun di luar negeri) yang memiliki hubungan kerja sama dengan PT ASTRA AVIVA LIFE dalam rangka pengajuan SPAJ ini, ketentuan Polis, pembayaran klaim, pelayanan nasabah, pelaksanaan ketentuan klaim polis, survei kepuasan nasabah maupun untuk tujuan hukum dan perundang-undangan karenanya ditandatangani SPAJ ini oleh Saya adalah merupakan bukti tertulis pemberian izin oleh Saya.
6. Dengan ini memberi izin kepada PT ASTRA AVIVA LIFE untuk menggunakan atau memberikan informasi atau keterangan mengenai Peserta (Tertanggung) yang tersedia, diperoleh, dan/atau disimpan oleh PT ASTRA AVIVA LIFE tetapi tidak terbatas kepada data informasi terkait nama, alamat, tanggal kelahiran, nomor ponsel, alamat e-mail dan data-data terkait lainnya untuk kepentingan penawaran produk-produk asuransi lainnya milik PT ASTRA AVIVA LIFE, produk-produk rekanan/partner usaha dan/atau perusahaan grup Astra.
7. Menyetujui bahwa manfaat asuransi tidak dapat dibayarkan apabila Saya memiliki Kondisi yang sudah ada sebelumnya (*Pre-existing conditions*), yaitu Penyakit atau gangguan kesehatan atau Cedera yang telah ada dimana telah didiagnosa dan/atau menjalani pemeriksaan kesehatan dan/atau konsultasi dan/atau mendapat pengobatan dalam masa 12 (dua belas) bulan sebelum tanggal berlakunya Asuransi kecuali Saya telah menjadi Peserta (Tertanggung) selama 12 (dua belas) bulan.
8. Saya mengerti dan memahami mengenai semua informasi terkait produk asuransi berikut manfaatnya sesuai dengan ketentuan Polis.
9. Transaksi keuangan yang dilakukan di dan/atau terkait dengan polis produk dari PT ASTRA AVIVA LIFE tidak berasal dari/atau berkaitan dengan tindak pidana pencucian uang (*money laundering*) sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang (UU) Nomor 8 Tahun 2010 tentang Pencegahan dan Pemberantasan Tindak Pidana Pencucian Uang, perubahannya berikut peraturan terkait lainnya. Apabila ada indikasi pelanggaran atas Undang-Undang ini, maka PT ASTRA AVIVA LIFE akan melaksanakan kewajibannya sesuai dengan ketentuan yang berlaku, termasuk tetapi tidak terbatas kepada melakukan kewajiban pelaporan atas transaksi keuangan yang mencurigakan dan/atau membatalkan Polis.

Tempat dan Tanggal : _____ / _____

Tempat dan Tanggal : _____ / _____

Tanda Tangan dan Nama Jelas Pemegang Polis

Tanda Tangan dan Nama Jelas Peserta (Tertanggung)

PT ASTRA AVIVA LIFE telah terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan.
PT Astra Aviva Life, Pondok Indah Office Tower 3, Lantai 1. Jl. Sultan Iskandar Muda Kav. V-TA. Pondok Indah. Jakarta Selatan.
Telp : 1500-AVA (282), Fax : (021) 29327979, hello@astralife.co.id, www.astralife.co.id