


Lampiran 2: Contoh Surat Permohonan Asuransi Jiwa Syariah

SURAT PERMOHONAN ASURANSI JIWA SYARIAH (SPAJS)		 GENERALI	
<p>Bismillahirrahmanirrahim</p> <p>A. Isilah formulir ini dengan HURUF CETAK, menggunakan pulpen WARNA HITAM dan tulisan TIDAK KELUAR dari kotak</p> <p>B. Pembetulan/revisi dengan di tip-ex tidak diperkenankan</p> <p>C. Setiap bentuk coretan atau penambahan pada formulir aplikasi yang belum dikirimkan kepada Pengelola harus ditandatangani oleh calon Pemegang Polis</p> <p>D. Setiap pembetulan atau revisi pada aplikasi yang telah disampaikan ke Pengelola harus menggunakan formulir perubahan SPAJS dan ditandatangani oleh calon Pemegang Polis dan/atau Calon Peserta</p> <p>E. Mohon tidak menandatangani SPAJS ini, jika belum diisi lengkap</p>			
NOMOR ILLUSTRASI: HH-11232-CT		NOMOR SPAJS: 1067626	
<input checked="" type="checkbox"/> Individu <input type="checkbox"/> Perusahaan			
A. DATA PRIBADI		A.1 CALON PEMEGANG POLIS	
1. Nama Lengkap: <small>Tidak termasuk gelar (sesuai KTP/SIM/Paspor)</small>		YUSRI AKHYAR	
2. Alamat Rumah: <small>(sesuai dengan alamat yang tertera pada identitas)</small>		Jenis Kelamin: <input checked="" type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita Kewarganegaraan: INDONESIA JL. BERINGIN 3 NO55 GAPERTA MEDAN HELVETIA SUMUT	
3. Alamat Korespondensi: <small>(jika alamat rumah sebagai alamat korespondensi tidak perlu mengisi kolom ini)</small>		Kode POS: <input type="text"/> Negara Lahir: INDONESIA Tempat Lahir: MEDAN	
4. Telepon Rumah:		Kode POS: <input type="text"/> Negara Lahir: INDONESIA Tempat Lahir: MEDAN	
5. Handphone:		Tanggal Lahir: 20 th / 02 bln / 1983 thn	
6. Alamat Email:		AKHYAR230@gmail.com	
7. Status:		<input checked="" type="checkbox"/> Menikah <input type="checkbox"/> Tidak Menikah <input type="checkbox"/> Janda/Duda Pekerjaan: WIRASWASTA	
8. Jenis Identitas:		<input checked="" type="checkbox"/> KTP <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> PASPOR <input type="checkbox"/> Lainnya Bidang Usaha:	
9. Nomor Identitas:		1271022802830004 SOSIAL	
10. Nama Perusahaan/Sekolah:		YAYASAN EDUKASI WAKAF INDONESIA	
11. Jabatan:		KETUA Uraian Pekerjaan: <small>(contoh: Admin, dalam ruangan, alat berat, dll)</small> Operasional Yayasan	
A.2 CALON PESERTA*		A.2 CALON PESERTA*)	
1. Nama Lengkap: <small>Tidak termasuk gelar (sesuai KTP/SIM/Paspor)</small>		<small>* Apabila Calon Peserta sama dengan calon Pemegang Polis, maka kolom untuk Calon Peserta tidak perlu diisi</small>	
2. Alamat Rumah:		Jenis Kelamin: <input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita Kewarganegaraan:	
3. Telepon Rumah:		Kode POS: Negara Lahir:	
4. Handphone:		Tempat Lahir:	
5. Alamat Email:		Tanggal Lahir: th / bln / thn	
6. Status:		Pekerjaan:	
7. Jenis Identitas:		<input type="checkbox"/> Menikah <input type="checkbox"/> Tidak Menikah <input type="checkbox"/> Janda/Duda	
8. Nomor Identitas:		<input type="checkbox"/> KTP <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> PASPOR <input type="checkbox"/> AKTA LAHIR <input type="checkbox"/> Lainnya Bidang Usaha:	
9. Nama Perusahaan/Sekolah:			
10. Jabatan:		Uraian Pekerjaan: <small>(contoh: Admin, dalam ruangan, alat berat, dll)</small>	

NOMOR SPAJS: 1067643

A.3.1. CALON PESERTA TAMBAHAN I

1. Nama Lengkap:
Tidak termasuk gelar (sesuai KTP/SIM/Paspor)

Jenis Kelamin: Pria Wanita Kewarganegaraan:

2. Status:
 Menikah Tidak Menikah Janda/Duda

3. Jenis Identitas:
 KTP SIM PASPOR Negara Lahir:
 AKTA LAHIR Lainnya Tempat Lahir:

4. Nomor Identitas: Tanggal Lahir: tgl bln thn

5. Pekerjaan: Bidang Usaha:

6. Nama Perusahaan/Sekolah:

7. Jabatan: Uraian Pekerjaan: *(contoh: Admin, dalam ruangan, alat berat, dst)*

8. Hubungan Calon Peserta Tambahan I dengan Peserta
 Suami/Istri Anak Ayah/Ibu

A.3.2. CALON PESERTA TAMBAHAN II

1. Nama Lengkap:
Tidak termasuk gelar (sesuai KTP/SIM/Paspor)

Jenis Kelamin: Pria Wanita Kewarganegaraan:

2. Status:
 Menikah Tidak Menikah Janda/Duda

3. Jenis Identitas:
 KTP SIM PASPOR Negara Lahir:
 AKTA LAHIR Lainnya Tempat Lahir:

4. Nomor Identitas: Tanggal Lahir: tgl bln thn

5. Pekerjaan: Bidang Usaha:

6. Nama Perusahaan/Sekolah:

7. Jabatan: Uraian Pekerjaan: *(contoh: Admin, dalam ruangan, alat berat, dst)*

8. Hubungan Calon Peserta Tambahan II dengan Peserta
 Suami/Istri Anak Ayah/Ibu

A.3.3. CALON PESERTA TAMBAHAN III

1. Nama Lengkap:
Tidak termasuk gelar (sesuai KTP/SIM/Paspor)

Jenis Kelamin: Pria Wanita Kewarganegaraan:

2. Status:
 Menikah Tidak Menikah Janda/Duda

3. Jenis Identitas:
 KTP SIM PASPOR Negara Lahir:
 AKTA LAHIR Lainnya Tempat Lahir:

4. Nomor Identitas: Tanggal Lahir: tgl bln thn

5. Pekerjaan: Bidang Usaha:

6. Nama Perusahaan/Sekolah:

7. Jabatan: Uraian Pekerjaan: *(contoh: Admin, dalam ruangan, alat berat, dst)*

8. Hubungan Calon Peserta Tambahan III dengan Peserta
 Suami/Istri Anak Ayah/Ibu

A.3.4. CALON PESERTA TAMBAHAN IV

1. Nama Lengkap:
Tidak termasuk gelar (sesuai KTP/SIM/Paspor)

Jenis Kelamin: Pria Wanita Kewarganegaraan:

2. Status:
 Menikah Tidak Menikah Janda/Duda

3. Jenis Identitas:
 KTP SIM PASPOR Negara Lahir:
 AKTA LAHIR Lainnya Tempat Lahir:

4. Nomor Identitas: Tanggal Lahir: tgl bln thn

5. Pekerjaan: Bidang Usaha:

6. Nama Perusahaan/Sekolah:

7. Jabatan: Uraian Pekerjaan: *(contoh: Admin, dalam ruangan, alat berat, dst)*

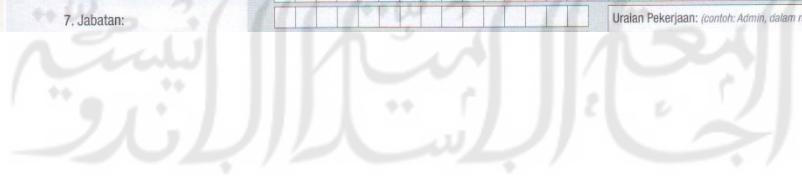
UNIT SY/04/04

PT. Acumasi Jwa Generasi Indonesia

2 of 8

Ver 01

SPMUS Full LW



NOMOR SPAJS: **1067626** Pertanyaan yang merujuk pada peraturan Menteri Keuangan RI mengenai Prinsip Mengenal Nasabah **B. DATA KEUANGAN**

B.1 Data Keuangan Calon Pemegang Polis (Individual)

1. Tujuan Asuransi:
 Proteksi Pensiun
 Investasi Tujuan Usaha
 Pendidikan Lainnya, Jelaskan WAKAF

2. Pembayar Kontribusi:
 Pemegang Polis Ahli Waris
 Peserta Lainnya, mohon mengisi Form Kuesioner Beneficial Owner

3. Sumber Penghasilan Pemegang Polis:
 Gaji Bonus komisi
 Hasil Investasi Lainnya, Jelaskan _____
 Bisnis Pribadi

4. Sebutkan Nominal dari Penghasilan kotor Pemegang Polis per tahun (Rp):
 < 12 Juta > 120 Juta - 300 Juta
 12 Juta - 60 Juta > 300 Juta - 500 Juta
 > 60 Juta - 120 Juta > 500 Juta, Sebutkan _____

5. Sumber Penghasilan Pembayar Kontribusi*):
 Gaji Bonus komisi
 Hasil Investasi Lainnya, Jelaskan _____
 Bisnis Pribadi

6. Sebutkan Nominal dari Penghasilan kotor Pembayar Kontribusi*) per tahun (Rp):
 < 12 Juta > 120 Juta - 300 Juta
 12 Juta - 60 Juta > 300 Juta - 500 Juta
 > 60 Juta - 120 Juta > 500 Juta, Sebutkan _____

*) Jika Pembayar Kontribusi selain Pemegang Polis

B.2 Data Keuangan Calon Pemegang Polis (Perusahaan)

1. Tujuan Asuransi:
 Proteksi Pendapatan
 Proteksi Kredit
 Lainnya, Jelaskan _____

2. Pembayar Kontribusi:
 Pemegang Polis Ahli Waris
 Peserta Lainnya, mohon mengisi Form Kuesioner Beneficial Owner

3. Sumber Penghasilan Pemegang Polis:
 Hasil Investasi Bonus komisi
 Bisnis Pribadi Lainnya, Jelaskan _____

4. Untuk Calon Pemegang Polis Perusahaan atau Badan Hukum harus menjawab pertanyaan dibawah ini:
 PENGHASILAN PER TAHUN (Rp) ASET (Rp)
 < 100 Juta < 100 Juta
 100 Juta - 500 Juta 100 Juta - 1 Miliar
 > 500 Juta - 1 Miliar > 1 Miliar - 10 Miliar
 > 1 Miliar - 10 Miliar > 10 Miliar - 100 Miliar
 > 10 Miliar > 100 Miliar - 500 Miliar
 > 500 Miliar

B.3 Media Pembayaran Kontribusi Lanjutan

A. Metode Pembayaran
 Kartu Kredit*)
 Rekening Debet*)
 Virtual Account

*) mohon melampirkan Surat Kuasa Pendebetan kartu Kredit/Rekening, fotokopi buku rekening

B. Rincian Pembayaran Kartu Kredit
 Nama Akun: _____
 Tipe Kartu Kredit: VISA MASTER JCB BCA CARD BNI CARD Tanggal kadaluarsa: _____
 Nomor Kartu Kredit: _____

C. Rincian Pembayaran Debet Rekening
 Nama Bank: _____
 Nama Cabang: _____
 Nama Pemilik Rekening: _____
 Nomor Rekening: _____

C. DATA AHLI WARIS (Termaslahat)

Termaslahat menerima Manfaat Asuransi bila Peserta meninggal Dunia (nama sesuai dengan identitas yang sah)

No.	Nama Lengkap	Hubungan*)	Jenis Kelamin		Tanggal Lahir			% (**)
			P/W	TGL	BLN	THN		
1	FAYZA KULLA AZMINA	ANAK	W	18	07	2016	50%	
2	DONA MIRANTI	ISTRI	W	31	01	1978	50%	

3 of 8 Ver 01
PT. Asuransi Jiwa Generali Indonesia
SPAJS Full LW

D. DATA KESEHATAN & HOBI CALON PESERTA

NOMOR SPAJS: 1067626

Silahkan kolom dengan memberikan tanda (V) pada kolom jawaban, "Y" jika Ya atau "T" jika Tidak

1. Informasi Tinggi & Berat Badan:

	P	PT - 1	PT - 2	PT - 3	PT - 4
Tinggi Badan Cm	180				
Berat Badan Kg	98				

2. Apakah berat badan Anda mengalami penurunan lebih dari 5 (lima) kg dalam 12 bulan terakhir, jelaskan penyebabnya

Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Apakah anda sedang atau pernah mengalami gejala-gejala, diperiksa, didiagnosis, mendapatkan pengobatan, disarankan atau menjalani rawat inap, menjalani operasi, dianjurkan untuk mendapat nasihat medis, telah mendapat nasihat medis, atau dirujuk ke dokter, untuk kelainan

A. Nyeri dada, serangan jantung, jantung berdebar - debar, gangguan jantung dan pembuluh darah jantung lainnya, stroke, tekanan darah tinggi, kolesterol tinggi, kelainan darah, G6PD, anemia	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Asma, radang paru, TBC, sesak napas, gangguan penyakit paru menahun dan gangguan pernapasan lainnya	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Hepatitis B atau C (termasuk hepatitis carrier), sakit kuning, hati, kandung empedu, gangguan usus dan pencernaan lainnya	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Gangguan ginjal, batu ginjal, radang ginjal atau kandung kencing, prostat, payudara, kandungan ovarium atau saluran telur, rahim, leher rahim atau kelainan sistem kemih, kelamin, dan sistem reproduksi lainnya	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Kencing manis, kelenjar gondok, thyroid, gangguan metabolik atau endokrin lainnya	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Epilepsi/ayam, kejang, depresi, gangguan kejiwaan, gangguan mata atau telinga atau gangguan saraf	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Infeksi HIV, lupus, gangguan sistem imun lainnya, tulang, alat gerak, persendian, rematik, radang sendi dan otot	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Gangguan leher dan tulang belakang	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Kanker, tahi lalat, kista, polip, benjolan/tumor, pertumbuhan abnormal lainnya	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Kelainan/kondisi lainnya yang belum disebutkan diatas agar melengkapi kolom E	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Apakah dalam 5 tahun terakhir, Anda pernah menerima perawatan inap lebih dari 7 hari, atau dianjurkan melakukan pemeriksaan kesehatan, tes laboratorium, sedang/pernah berkonsultasi ke dokter atau ahli kesehatan lainnya untuk mendapatkan nasehat atau pengobatan yang berhubungan dengan keluhan kesehatan anda (kecuali kondisi ringan seperti flu), jika YA, lengkapi kolom E

Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Apakah anda merokok dalam kurun waktu 12 bulan terakhir?
jika YA, berapa jumlah batang perhari

Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jumlah konsumsi harian		0	0	7					

6. Apakah anda mengkonsumsi obat terlarang atau konsumsi minuman beralkohol?
jika YA, lengkapi kolom E

Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Apakah anda sewaktu-waktu melakukan atau memiliki hobi yang berisiko tinggi (seperti balap mobil/motor, panjat tebing, mendaki gunung, terjun payung, olahraga air, paralayang, menyelam, berkuda, tinju, ski es, bungee jumping, dan sebagainya)? Jika YA, lengkapi pertanyaan hobi

Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Apakah anda memiliki Ibu kandung atau ayah atau saudara perempuan atau saudara laki-laki yang didiagnosa penyakit kanker, stroke, kencing manis, penyakit ginjal, alzheimer, atau kelainan bawaan lainnya dengan usia kurang dari 60 tahun? jika YA, lengkapi kolom E

Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Selain pengajuan asuransi ini, apakah Anda mempunyai ataupun sedang mengajukan polis asuransi jiwa/kecelakaan/kesehatan baik Di PT. Asuransi Jiwa Generali Indonesia maupun di perusahaan Asuransi lain ? Jika "Ya", lengkapi kolom dibawah ini

Nama Peserta	Perusahaan Asuransi	Jenis Asuransi	Santunan Asuransi (Rp)	Keputusan Akhir *)	Status Polis **)

*) Keputusan Akhir: Dibatalkan/ditunda/substandar/standar **) Status polis: in force/surrender/lapse/pendang

10. Pertanyaan Khusus untuk calon Peserta wanita :

Apakah saat ini anda sedang hamil?
jika YA, maka sebutkan usia kehamilan anda _____ minggu

Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

UNIT SYARIAH
PT. Asuransi Jiwa Generali Indonesia
4 of 8
Ver 01
SPAJS Full LW

Isilah kolom dengan memberikan tanda (V) pada kolom jawaban, "Y" jika Ya atau "T" jika Tidak

1. Informasi Tinggi & Berat Badan:

Tinggi Badan	Cm	180						
Berat Badan	Kg	98						

2. Apakah berat badan Anda mengalami penurunan lebih dari 5 (lima) kg dalam 12 bulan terakhir, jelaskan penyebabnya _____

	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T
		<input checked="" type="checkbox"/>								

3. Apakah anda sedang atau pernah mengalami gejala-gejala, diperiksa, didiagnosis, mendapatkan pengobatan, disarankan atau menjalani rawat inap, menjalani operasi, dianjurkan untuk mendapat nasihat medis, telah mendapat nasihat medis, atau dirujuk ke dokter, untuk kelainan

A. Nyeri dada, serangan jantung, jantung berdebar - debar, gangguan jantung dan pembuluh darah jantung lainnya, stroke, tekanan darah tinggi, kolesterol tinggi, kelainan darah, G6PD, anemia	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T
		<input checked="" type="checkbox"/>								
B. Asma, radang paru, TBC, sesak napas, gangguan penyakit paru menahun dan gangguan pemapasan lainnya		<input checked="" type="checkbox"/>								
C. Hepatitis B atau C (termasuk hepatitis carrier), sakit kuning, hati, kandung empedu, gangguan usus dan pencernaan lainnya		<input checked="" type="checkbox"/>								
D. Gangguan ginjal, batu ginjal, radang ginjal atau kandung kencing, prostat, payudara, kandungan ovarium atau saluran telur, rahim, leher rahim atau kelainan sistem kemih, kelamin, dan sistem reproduksi lainnya		<input checked="" type="checkbox"/>								
E. Kencing manis, kelenjar gondok, thyroid, gangguan metabolik atau endokrin lainnya		<input checked="" type="checkbox"/>								
F. Epilepsi/ayan, kejang, depresi, gangguan kejiwaan, gangguan mata atau telinga atau gangguan saraf		<input checked="" type="checkbox"/>								
G. Infeksi HIV, lupus, gangguan sistem imun lainnya, tulang, alat gerak, persendian, rematik, radang sendi dan otot		<input checked="" type="checkbox"/>								
H. Gangguan leher dan tulang belakang		<input checked="" type="checkbox"/>								
I. Kanker, tahi lalat, kista, polip, benjolan/tumor, pertumbuhan abnormal lainnya		<input checked="" type="checkbox"/>								
J. Kelainan/kondisi lainnya yang belum disebutkan diatas agar melengkapi kolom E		<input checked="" type="checkbox"/>								

4. Apakah dalam 5 tahun terakhir, Anda pernah menerima perawatan inap lebih dari 7 hari, atau dianjurkan melakukan pemeriksaan kesehatan, tes laboratorium, sedang/pernah berkonsultasi ke dokter atau ahli kesehatan lainnya untuk mendapatkan nasehat atau pengobatan yang berhubungan dengan keluhan kesehatan anda (kecuali kondisi ringan seperti flu), jika YA, lengkapi kolom E

	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T
		<input checked="" type="checkbox"/>								

5. Apakah anda merokok dalam kurun waktu 12 bulan terakhir?
jika YA, berapa jumlah batang perhari _____ jumlah konsumsi harian _____

	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T
		<input checked="" type="checkbox"/>								
			0	0	7					

6. Apakah anda mengkonsumsi obat terlarang atau konsumsi minuman beralkohol?
jika YA, lengkapi kolom E

	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T
		<input checked="" type="checkbox"/>								

7. Apakah anda sewaktu-waktu melakukan atau memiliki hobi yang berisiko tinggi (seperti balap mobil/motor, panjat tebing, mendaki gunung, terjun payung, olahraga air, paralayang, menyelam, berkuda, tinju, ski es, bungee jumping, dan sebagainya)? jika YA, lengkapi pertanyaan hobi _____

	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T
		<input checked="" type="checkbox"/>								

8. Apakah anda memiliki ibu kandung atau ayah atau saudara perempuan atau saudara laki-laki yang didiagnosa penyakit kanker, stroke, kencing manis, penyakit ginjal, alzheimer, atau kelainan bawaan lainnya dengan usia kurang dari 60 tahun? jika YA, lengkapi kolom E

	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T
		<input checked="" type="checkbox"/>								

9. Selanjut pengajuan asuransi ini, apakah Anda mempunyai ataupun sedang mengajukan polis asuransi jiwa/kecelakaan/kehatan baik Di PT. Asuransi Jiwa Generali Indonesia maupun di perusahaan Asuransi lain? Jika "Ya", lengkapi kolom dibawah ini

Nama Peserta	Perusahaan Asuransi	Jenis Asuransi	Santunan Asuransi (Rp)	Keputusan Akhir *)	Status Polis **)

*) Keputusan Akhir: Dibatalkan/ditunda/substandar/standar **) Status polis: in force/surrender/lapse/pending

10. Pertanyaan Khusus untuk calon Peserta wanita :
Apakah saat ini anda sedang hamil?
jika YA, maka sebutkan usia kehamilan anda _____ minggu

	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T

Tanda Tangan Calon Pemegang Polis sesuai kartu identitas _____

NOMOR SPAJS: 1067626

E. PERNYATAAN KESEHATAN

Nama Peserta/ Nama Anggota Keluarga	Diagnosa/Kondisi kesehatan saat ini	Tanggal Kejadian	Tanggal Gejala Terakhir	Tingkat Pemulihan	Pengobatan		Nama Dokter, Klinik atau Rumah Sakit
					Tanggal	Keterangan	

F. INFORMASI FATCA (FOREIGN ACCOUNT TAX COMPLIANCE ACT)

1. Apakah calon Pemegang Polis memiliki (i) Kewarganegaraan Amerika Serikat; (ii) Memiliki status permanent resident/US Green Card Holder?
 Y T
2. Selain informasi diatas apakah calon Pemegang Polis (i) Memiliki alamat/domisili di Amerika Serikat; (ii) Memiliki No. telepon/telex/fax/email Amerika Serikat; (iii) Memiliki rekening pada Bank di Amerika Serikat; (iv) Lahir di Amerika Serikat?
 Y T
3. Apakah perusahaan sebagai Pemegang Polis (i) Didirikan di Amerika Serikat; (ii) Memiliki pemegang saham berkewarganegaraan/merupakan perusahaan Amerika Serikat; (iii) Merupakan grup perusahaan Amerika Serikat; (iv) Memiliki No. telepon/telex/fax/email Amerika Serikat; (v) Memiliki surat kuasa kepada orang Amerika Serikat?
 Y T
4. Apakah salah satu dari Yang Ditunjuk memiliki (i) Kewarganegaraan Amerika Serikat; (ii) Memiliki status permanent resident/US Green Card Holder?
 Y T
5. Selain informasi diatas apakah salah satu dari Ahli Waris (i) Memiliki alamat/ domisili di Amerika Serikat; (ii) Memiliki No. telepon/telex/fax/email Amerika Serikat; (iii) Memiliki rekening pada Bank di Amerika Serikat; (iv) Lahir di Amerika Serikat?
 Y T

Daftar Koreksi atau Pernyataan Tambahan: *Mohon diisi apabila ada pembetulan atau tambahan informasi yang anda ubah*

NOMOR REFERENSI	KETERANGAN
Nomor Ilustrasi	Yang benar NH-1936-FL

G. PERNYATAAN (Harap dibaca dengan teliti sebelum menandatangani SPAJS ini)

Dengan ini Saya/Kami (selanjutnya disebut "Calon Pemegang Polis" dan/atau "Calon Peserta") menyatakan :

- Telah mendapat penjelasan selengkapnya dari Tenaga Pemasar sehubungan dengan produk asuransi yang ditawarkan.
- Telah membaca, mengerti, menjawab dan mengisi dengan benar semua pertanyaan dan keterangan serta menyetujui segala syarat dan ketentuan yang tercantum dalam SPAJS ini termasuk pertanyaan-pertanyaan tambahannya jika ada. Saya/Kami menyetujui bahwa apabila pernyataan dan/atau jawaban yang Saya/Kami sampaikan tidak benar maka PT. Asuransi Jiwa Generali Indonesia ("Pengelola") berhak membatalkan Polis sejak awal.
- Menyetujui bahwa tidak ada keterangan atau informasi lain mengenai diri Saya/Kami yang dibuat atau diberikan oleh pihak lain akan menjadi bagian dari SPAJS ini, kecuali apabila keterangan atau informasi tersebut diberikan secara tertulis, telah dikemukakan kepada dan disetujui oleh Pengelola.
- Saya/Kami menyatakan bahwa Kontribusi yang disetorkan kepada Pengelola berasal dari sumber yang sah dan tidak melanggar hukum dan/atau tidak mencurigakan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- Saya/Kami dengan ini memberikan kuasa kepada setiap tenaga medis/rumah sakit/klinik/puskesmas, laboratorium, perusahaan asuransi, perusahaan reasuransi, badan, instansi, lembaga atau pihak lain manapun yang memiliki riwayat kesehatan Saya/Kami atau informasi lain mengenai diri Saya/Kami, untuk mengungkapkan/memberikan kepada Pengelola dan/atau perwakilannya semua catatan riwayat kesehatan atau informasi lain mengenai diri Saya/Kami, yang tidak dapat ditarik kembali atau dibatalkan. Kuasa ini tetap berlaku pada waktu Saya/Kami masih hidup atau meninggal. Salinan atau fotokopi dari kuasa ini sama sah dan berlakunya sesuai dokumen asli.
- Anabila dalam Masa Asuransi sebelum Tanggal Terbit Polis, atau maksimal selama 60 (enam puluh) hari kalender sejak Tanggal Berlaku Asuransi:

البيحة الإسلامية
 الجاهلية الإسلامية

G. PERNYATAAN (Mohon dibaca dengan jelas sebelum menandatangani SPAJS)

NOMOR SPAJS: 1067626

- a. Peserta Meninggal Dunia akibat Kecelakaan, maka Pengelola akan membayarkan 100% (seratus per seratus) Manfaat Meninggal Dunia sebagaimana tercantum dalam SPAJS atau maksimal sebesar Rp 25.000.000,- (dua puluh lima juta Rupiah), serta 100% (seratus per seratus) Kontribusi pertama yang telah dibayarkan kepada Pengelola dan asuransi dinyatakan berakhir.
- b. Peserta Meninggal Dunia bukan akibat Kecelakaan, maka Pengelola akan membayarkan manfaat 100% (seratus per seratus) Kontribusi pertama yang telah dibayarkan kepada Pengelola dan asuransi dinyatakan berakhir.
7. Menyetujui bahwa harga unit yang digunakan dalam penutupan Polis ini berdasarkan harga unit pada tanggal perhitungan hari kerja terdekat yang akan datang sejak SPAJS ini diterima dan Kontribusi diterima di rekening yang ditentukan Pengelola (mana yang paling akhir).
8. Saya/Kami memahami bahwa nilai dari masing-masing jenis dana investasi yang Saya/Kami pilih tidak dijamin, dapat meningkat atau menurun tanpa adanya batas minimal dan maksimal harga unit.
9. Saya/Kami menyetujui bahwa Kontribusi yang dialokasikan sebagai Dana Investasi akan ditempatkan ke dalam Jenis Dana Investasi pasar uang selama 24 hari sejak Tanggal Terbit Polis, kecuali Saya/Kami telah menentukan Dana Investasi untuk langsung diinvestasikan sesuai Jenis Dana Investasi pilihan Saya/Kami.
10. Segala risiko pemilihan jenis Dana Investasi sepenuhnya menjadi tanggung jawab Saya/Kami.
11. Besar dan jenisnya Biaya Asuransi sesuai dengan Jenis Asuransi, Usia, Jenis Kelamin, Manfaat Asuransi yang dipilih.
12. Dengan ini Saya/Kami memberikan kuasa kepada Pengelola untuk melakukan penarikan Nilai Polis yang terbentuk dari Kontribusi Top Up Berkala atau dari Kontribusi Top Up Sekaligus sebesar Kontribusi Tertunggak, apabila dikemudian hari terdapat Tunggakan Kontribusi.
13. Menyetujui apabila Saya/Kami membatalkan permohonan Asuransi Jiwa Syariah ini atau permintaan Asuransi Jiwa Syariah ini dibatalkan oleh Pengelola, maka Kontribusi akan dikembalikan dikurangi dengan Biaya (jika ada).
14. Saya/Kami mengajukan permohonan pembelian Polis dengan SPAJS ini atas keinginan dan kebutuhan Saya/Kami sendiri dalam keadaan sehat, sadar, dan tanpa adanya paksaan dari pihak manapun.
15. Saya/Kami menyetujui bahwa masa berlaku SPAJS ini adalah 60 hari sejak SPAJS ditandatangani dan Kontribusi pertama telah diterima serta dinyatakan lunas oleh Pengelola, termasuk apabila dalam jangka waktu tersebut Pengelola menyatakan menolak untuk menerbitkan Polis, maka Asuransi menjadi batal.
16. Dengan ini Saya/Kami memberikan kuasa kepada Pengelola dan afiliasinya untuk memberikan informasi Pemegang Polis dan/atau Terlepaslahat kepada: (i) lembaga negara (baik dalam maupun luar negeri) terkait dengan ketentuan Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) maupun Common Reporting Standard (CRS). Saya/Kami mengetahui dan mengerti bahwa dalam hal Pemegang Polis dan/atau Terlepaslahat telah atau menjadi subyek pajak negara Amerika Serikat atau negara lain di luar Indonesia dikemudian hari maka Pemegang Polis dan/atau Terlepaslahat akan menyampaikan informasi tersebut kepada Pengelola dan akan tunduk pada ketentuan yang berlaku termasuk memberikan kuasa kepada Pengelola untuk melakukan hal-hal yang diwajibkan berdasarkan ketentuan FATCA dan CRS tersebut; dan (ii) pihak ketiga, untuk menggunakan informasi dan data yang diberikan dalam SPAJS dan segala perubahannya untuk keperluan dan pelayanan asuransi dan segala hal yang berkaitan dengannya.
17. Saya/Kami dengan ini mengizinkan Pengelola untuk menggunakan/memberikan informasi/keterangan mengenai Saya/Kami yang tersedia, diperoleh, atau disimpan oleh Pengelola (sesuai yang tercantum pada SPAJS ini atau sarana lain), kepada pihak-pihak lain (termasuk namun tidak terbatas pada perusahaan reasuransi, asuransi, lembaga, bank, atau badan hukum lain baik di dalam atau di luar negeri) yang memiliki hubungan kerjasama dengan Pengelola dalam rangka pengajuan SPAJS ini, pembayaran klaim, pelayanan nasabah, maupun penawaran produk lain kepada Saya/Kami.
18. Saya/Kami menyetujui bahwa apabila SPAJS ini tidak disetujui oleh Pengelola atau ada kelebihan dalam pembayaran Kontribusi, maka Pengelola akan membayarkan Kontribusi yang telah dibayarkan tanpa memberikan imbalan apapun, serta mentransfer kembali ke rekening yang tertera dibawah ini, selanjutnya Saya/Kami menyetujui bahwa nomor rekening tersebut sebagai nomor rekening pembayaran Manfaat Polis.

Nama Pemilik Rekening*: **NUSRI AKHYAR**

Nama Bank: **MANDIRI** Nama Cabang: **SBY GENTENG KALI**

Nomor Rekening: **900-00-15812267**

* hanya untuk nomor rekening atas nama Calon Pemegang Polis

19. Pemegang Polis mempunyai waktu untuk mempelajari Polis terlebih dahulu selama 14 (empat belas) hari kalender terhitung sejak tanggal Polis diterima. Selama masa mempelajari Polis tersebut, Pemegang Polis menyatakan:
 - Saya/Kami setuju bahwa Kontribusi yang dialokasikan sebagai Dana Investasi akan langsung diinvestasikan sesuai Jenis Dana Investasi pilihan Saya/Kami dan Saya/Kami juga telah mendapatkan penjelasan, serta memahami risiko investasinya.
 - Saya/Kami ingin mempelajari Polis terlebih dahulu sebelum Kontribusi yang dialokasikan sebagai Dana Investasi diinvestasikan sesuai Jenis Dana Investasi pilihan Saya/Kami.

H. AKAD

1. Saya menyetujui, berdasarkan prinsip Wakalah, memberikan kuasa kepada PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia selaku Pengelola, untuk menjadi peserta program asuransi syariah. Sehubungan dengan kepesertaan tersebut, Saya setuju bahwa Kontribusi Peserta akan diinvestasikan dalam instrumen sesuai syariah.
2. Saya menyetujui untuk melaksanakan Akad Tabarru antar peserta dan membayar Tabarru sesuai dengan Tabel Tarif Tabarru PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia sebagai dana kebajikan dengan tujuan untuk tolong menolong diantara Peserta yang mengalami musibah.
3. Saya menyatakan apabila terjadi suatu musibah yang ditanggung atas diri Peserta atau Peserta Tambahan dan atas peristiwa tersebut harus dibayarkan Manfaat Asuransi selain yang berupa Nilai Tunai/Nilai Polis, pembayaran Manfaat Asuransi tersebut akan dibebankan atas Dana Tabarru.
4. Saya memberikan kuasa kepada PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia selaku pengelola dengan akad Wakalah bil Ujrah untuk mengelola dan menginvestasikan Dana Tabarru, menginvestasikan Dana Peserta serta melakukan transaksi atas nama saya. Tidak ada Biaya (Ujrah) yang dikenakan oleh Pengelola atas pengelolaan Investasi atas Dana Tabarru.
5.
 - a. Tabarru sebesar 70% dari Biaya Asuransi yang dibebankan setiap bulan sejak Tanggal Terbit Polis.
 - b. Biaya Pengelolaan Risiko (Ujrah) sebesar 30% dari Biaya Asuransi yang dibebankan setiap bulan sejak Tanggal Terbit Polis.

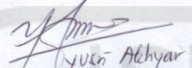
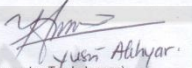
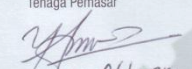
NOMOR SPAJS: **1067626**

H. AKAD

- Saya menyetujui dan mengikhlaskan surplus Dana Tabarru (surplus underwriting), jika ada, untuk dibagikan sebesar 50% ke dalam cadangan Dana Tabarru', 30% untuk Pengelola, dan 20% untuk Pemegang Polis yang kemudian akan dimasukkan ke dalam Nilai Polis.
- Saya menyetujui bahwa hasil investasi Dana Tabarru akan dimasukkan ke dalam Dana Tabarru.
- Apabila Dana Tabarru tidak cukup untuk membayar Manfaat Asuransi Para Peserta (selain yang berupa Nilai Tunai/ Nilai Polis), maka Pengelola akan memberikan pinjaman dana (Qardh) dengan menggunakan akad Qardh untuk menutupi kekurangan pembayaran Manfaat Asuransi tersebut. Pengelola akan membebankan dana yang dipinjamkan pada perhitungan surplus underwriting di tahun yang akan datang.

Mohon tanda tangan sesuai dengan kartu identitas yang dilampirkan. Tanda tangan ini akan menjadi spesimen Anda di kemudian hari.


Tempat **Yogyakarta** Tanggal **10** tgl **08** bln **2018** thn

Calon Pemegang Polis  (Nama dan Tanda tangan)	Calon Peserta *)  (Nama dan Tanda tangan)	Calon Peserta Tambahan I *) (Nama dan Tanda tangan)
Calon Peserta Tambahan II *) (Nama dan Tanda tangan)	Calon Peserta Tambahan III *) (Nama dan Tanda tangan)	Calon Peserta Tambahan IV *) (Nama dan Tanda tangan)
Tenaga Pemasar  (Nama dan Tanda tangan)	Tanda Tangan dari orang tua Calon Pemegang Polis, apabila umur Calon Pemegang Polis 18 - 21 Tahun (Umur Sebenarnya), (Nama dan Tanda tangan)	

**) Apabila Peserta berusia kurang dari 17 tahun maka penanda tangan adalah orang tua*

Kode Agen: **68049210**

Nama Agen: **YUSRIL AKHYAR**



PT. Asuransi Jiwa Generali Indonesia
 Generali Tower Lantai 7
 Gran Rubina Business Park
 Kawasan Rasuna Epicentrum
 Jl. HR Rasuna Said Kavling C-22
 Jakarta 12940

Customer CARE Generali Indonesia
 Email: care@generali.co.id
 T 1500037
 T +62 21 2996 3737
 F +62 21 2902 1717

UNITS SWARAH
 PT. Asuransi Jiwa Generali Indonesia
 7 of 8
 Ver 01
 SPAJS Full IOW

PERNYATAAN TENAGA PEMASAR (DILENGKAPI OLEH TENAGA PEMASAR) NOMOR SPAJS:

1067626



Saya menyatakan bahwa semua keterangan yang terdapat di dalam Surat Permohonan Asuransi Jiwa Syariah ini adalah keterangan yang diberikan oleh Pemohon/Calon Pemegang Polis dan/atau Peserta dan Saya tidak menyembunyikan informasi apapun kepada Pemohon/Calon Pemegang Polis. Saya juga menyatakan bahwa Saya tidak memberikan keterangan yang bertentangan dengan syarat/ketentuan produk PT. Asuransi Jiwa Generali Indonesia. Saya menyatakan bahwa berdasarkan konfirmasi dari Pemohon/Calon Pemegang Polis, tidak terdapatnya kepentingan pihak ketiga dan Pemohon/Calon Pemegang Polis bertindak untuk dan atas nama dirinya sendiri dalam penutupan Polis ini. 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. Sesuai dengan Prinsip Mengenal Nasabah, saya juga bersedia untuk menjawab beberapa pertanyaan dibawah ini:

1. Apakah Anda mengenal calon Pemegang Polis dan atau Peserta? Jika "Ya", sudah berapa lama anda mengenal Peserta? Dan sebagai apa? (teman, keluarga, lainnya? Jelaskan!) Y T
2. Apakah Anda bertemu dan melihat langsung Calon Peserta dalam keadaan sehat? Y T
3. Apakah Anda pernah mendengar, mengetahui, Calon Pemegang Polis/Peserta sedang dalam keadaan kesulitan keuangan atau terlibat perkara sengketa peradilan? Y T
4. Apakah Anda sudah menjelaskan kepada Calon Pemegang Polis bahwa jawaban yang tidak benar akan mengakibatkan batalnya perjanjian Asuransi Jiwa? Y T
5. Saya telah memeriksa dan menyampaikan informasi terkait dengan FATCA termasuk meminta nasabah untuk melengkapi dokumen terkait dalam hal Calon Pemegang Polis dan/atau Calon Ahli Waris menjawab "Ya" pada pertanyaan (Pada Lampiran FATCA) Y T
6. Tanggal kunjungan terakhir ke Calon Pemegang Polis/Peserta 10 Agustus 2018

Keterangan

Ditandatangani di:

Tempat: Yogyakarta Waktu: 10 tgl 08 bln 2018 thn

Tenaga Pemasar

Yusri Alchyar
Yusri Alchyar
(Nama dan Tanda tangan)

Pimpinan

L.M.E. ROYMOND R
L.M.E. ROYMOND R
(Nama dan Tanda tangan)

Kode Tenaga Pemasar: 68049210 Nama Kantor/Tenaga Pemasar: AG YOGYAKARTA
 Nama Tenaga Pemasar: YUSRI ALCHYAR HASANAH JARIYAH
 Nomor Telepon Rumah: 08126525775
 Handphone: 08126525775

PRE-SCREENING CHECK LIST

1. Surat Permohonan Asuransi Jiwa Syariah (diisi lengkap)
2. Kartu Identitas (KTP, SIM, Passport, Akta Kelahiran)
3. Pertanyaan Tambahan Medis (sesuai dengan jawaban pada pernyataan kesehatan)
4. Pertanyaan Tambahan Non-Medis (pekerjaan, hobi, dan formulir pernyataan keuangan)
5. Ilustrasi Produk
6. Bukti Pembayaran Kontribusi
7. Surat Kuasa Khusus Autodebet
8. Fotokopi halaman depan buku tabungan/kartu kredit

Admin

Rubiyah, S.E
Rubiyah, S.E
(Nama Dan Tanda tangan)

Untuk status medis, pemeriksaan dilakukan di:

Waktu: tgl bln thn

UNIT SYARIAH
PT. Asuransi Jiwa Generali Indonesia
8 of 8
Ver 01
SPAJS Full IOW