

### Lampiran 5: Surat Permohonan Asuransi Jiwa Syariah

**SURAT PERMOHONAN ASURANSI JIWA SYARIAH (SPAJS)**  
Bismillahirrahmaanirrahim

A. Isilah formulir ini dengan HURUF CETAK, menggunakan pulpen WARNA HITAM dan tulisan TIDAK KELUAR dari kotak.  
B. Pembetulan/pelebaran dengan di lipet tidak diperkenankan.  
C. Setiap bentuk coretan atau pembatalan pada formulir aplikasi yang belum dikirimkan kepada Pengelola harus ditandatangani oleh calon Pemegang Polis dan ditandatangani oleh calon Pemegang Polis dan/atau Calon Peserta.  
D. Setiap pembetulan atau revisi pada aplikasi yang telah disampaikan ke Pengelola harus menggunakan formulir perubahan SPAJS.  
E. Mohon tidak menandatangani SPAJS ini, jika belum diisi lengkap.

Individu  Perusahaan

NOMOR ILUSTRASI: **HH-11232-CT**      NOMOR SPAJS: **1067626**

**A. DATA PRIBADI**      **A.1 CALON PEMEGANG POLIS**      **UNIT SYARIAH**

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

Jenis Kelamin:  Pria  Wanita      Kewarganegaraan: **INDONESIA**

2. Alamat Rumah: **JL. BERINGIN 3 NO55 GAPERTA MEDAN HELNETIA SUMUT**  
(sesuai dengan alamat yang tertera pada identitas)

Kode POS: \_\_\_\_\_

3. Alamat Korespondensi: \_\_\_\_\_  
(jika alamat rumah sebagai alamat korespondensi tidak perlu mengisi kolom ini)

Kode POS: \_\_\_\_\_      Negara Lahir: **INDONESIA**

4. Telepon Rumah: \_\_\_\_\_      Tempat Lahir: **MEDAN**

5. Handphone: **08126525775**      Tanggal Lahir: **28** th **02** bln **1983** thn

6. Alamat Email: **AKHYAR230@GMAIL.COM**

Ingin Menerima Polis Elektronik (E-Policy)

7. Status:  Menikah  Tidak Menikah  Janda/Duda      Pekerjaan: **WIRASWASTA**

8. Jenis Identitas:  KTP  SIM  PASPOR  Lainnya      Bidang Usaha: \_\_\_\_\_

9. Nomor Identitas: **1271022802830004**      Bidang Usaha: **SOSIAL**

10. Nama Perusahaan/Sekolah: **YAYASAN EDUKASI WAKAF INDONESIA**

11. Jabatan: **KETUA**      Uraian Pekerjaan: (contoh: Admin, dalam ruangan, alat berat, dsj)  
**Operasional Yayasan**

**A.2 CALON PESERTA\*)**

\*) Apabila Calon Peserta sama dengan calon Pemegang Polis, maka kolom untuk Calon Peserta tidak perlu diisi

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

Jenis Kelamin:  Pria  Wanita      Kewarganegaraan: \_\_\_\_\_

2. Alamat Rumah: \_\_\_\_\_

Kode POS: \_\_\_\_\_      Negara Lahir: \_\_\_\_\_

3. Telepon Rumah: \_\_\_\_\_      Tempat Lahir: \_\_\_\_\_

4. Handphone: \_\_\_\_\_      Tanggal Lahir: \_\_\_\_\_ th \_\_\_\_\_ bln \_\_\_\_\_ thn

5. Alamat Email: \_\_\_\_\_

6. Status:  Menikah  Tidak Menikah  Janda/Duda      Pekerjaan: \_\_\_\_\_

7. Jenis Identitas:  KTP  SIM  PASPOR  AKTA LAHIR  Lainnya      Bidang Usaha: \_\_\_\_\_

8. Nomor Identitas: \_\_\_\_\_

9. Nama Perusahaan/Sekolah: \_\_\_\_\_

10. Jabatan: \_\_\_\_\_      Uraian Pekerjaan: (contoh: Admin, dalam ruangan, alat berat, dsj)

1 of 8  
Ver 01  
SPAJS Full RW

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:

5. Pekerjaan:

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:

5. Pekerjaan:

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:

5. Pekerjaan:

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:

5. Pekerjaan:

6. Nama Perusahaan/Sekolah:

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

UNIT SWARAH

PT. Asuransi Jiva General Indonesia

2 of 8 Ver 01

SPAJS 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  Pensun  
 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)
<input type="checkbox"/> < 100 Juta	<input type="checkbox"/> < 100 Juta
<input type="checkbox"/> 100 Juta - 500 Juta	<input type="checkbox"/> 100 Juta - 1 Miliar
<input type="checkbox"/> > 500 Juta - 1 Miliar	<input type="checkbox"/> > 1 Miliar - 10 Miliar
<input type="checkbox"/> > 1 Miliar - 10 Miliar	<input type="checkbox"/> > 10 Miliar - 100 Miliar
<input type="checkbox"/> > 10 Miliar	<input type="checkbox"/> > 100 Miliar - 500 Miliar
	<input type="checkbox"/> > 500 Miliar

#### B.3 Media Pembayaran Kontribusi Lanjutan

##### A. Metode Pembayaran

Kartu Kredit\*)  
 Rekening Debet\*)  
 Virtual Account

\*) mohon melampirkan Surat Kuasa Pendebeban 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)

No.	Termaslahat menerima Manfaat Asuransi bila Peserta meninggal Dunia (nama sesuai dengan identitas yang sah) Nama Lengkap	Hubungan*)	Jenis Kelamin P/W	Tanggal Lahir			%(**)
				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 Jwa Generali Indonesia  
SPAJIS Form UW

D. DATA KESEHATAN & HOBI CALON PESERTA

NOMOR SPAJS: 1067626

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

1. Informasi Tinggi & Berat Badan:

Tinggi Badan  
Berat Badan

	P	PT - 1	PT - 2	PT - 3	PT - 4
Cm	180				
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
	✓								

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

	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T
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		✓								
B. Asma, radang paru, TBC, sesak napas, gangguan penyakit paru menahun dan gangguan pernapasan lainnya		✓								
C. Hepatitis B atau C (termasuk hepatitis carrier), sakit kuning, hati, kandung empedu, gangguan usus dan pencernaan lainnya		✓								
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		✓								
E. Kencing manis, kelenjar gondok, thyroid, gangguan metabolik atau endokrin lainnya		✓								
F. Epilepsi/ayam, kejang, depresi, gangguan kejiwaan, gangguan mata atau telinga atau gangguan saraf		✓								
G. Infeksi HIV, lupus, gangguan sistem imun lainnya, tulang, alat gerak, persendian, rematik, radang sendi dan otot		✓								
H. Gangguan leher dan tulang belakang		✓								
I. Kanker, tahi lalat, kista, polip, benjolan/tumor, pertumbuhan abnormal lainnya		✓								
J. Kelainan/kondisi lainnya yang belum disebutkan diatas agar melengkapi kolom E		✓								

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
	✓								

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
	✓								

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
	✓								

7. Apakah anda sewaktu-waktu melakukan atau memiliki hobi yang berisiko tinggi (seperti balap mobil/motor, panjang 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
	✓								

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
	✓								

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/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
	✓								

UNIT SYARIAH

PT. Asuransi Jiwa Generali Indonesia

4 of 8  
Ver 01

SPAJIS Full UM



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

1. Informasi Tinggi & Berat Badan:

Tinggi Badan  
Berat Badan

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

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

	P	PT - 1	PT - 2	PT - 3	PT - 4
Cm	180				
Kg	98				
	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"/>
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	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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, kandung ovarium atau saluran telur, rahim, leher rahim atau kelainan sistem kemih, kelamin, dan sistem reproduksi lainnya	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Gangguan leher dan tulang belakang	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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	<input checked="" 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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Jumlah konsumsi harian	007			
6. Apakah anda mengkonsumsi obat terlarang atau konsumsi minuman beralkohol? jika YA, lengkapi kolom E	<input checked="" 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, panjang tebing, mendaki gunung, terjun payung, olahraga air, paralayang, menyelam, berkuda, tinju, ski es, bungee jumping, dan sebagainya)? Jika YA, lengkapi pertanyaan hobi	<input checked="" 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	<input checked="" 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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Nama Peserta	Perusahaan Asuransi	Jenis Asuransi	Santunan Asuransi (Rp)	Keputusan Akhir *)	Status Polis **)

UMTS SYARIAH

PT. Asuransi Jiwa Generali Indonesia

4 of 8

Ver 01

SPAS Form LW

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 selengkapnnya 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 bertakunya sesuai dokumen asli.
- Apabila dalam Masa Asuransi sebelum Tanggal Terbit Polis, atau maksimal selama 60 (enam puluh) hari kalender sejak Tanggal Berlaku Asuransi:



## 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 Asuransinya menjadi batal.
16. Dengan ini Saya/Kami memberikan kuasa kepada Pengelola dan afiliasinya untuk memberikan informasi Pemegang Polis dan/atau Terlepaslah 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 Terlepaslah telah atau menjadi subyek pajak negara Amerika Serikat atau negara lain di luar Indonesia dikemudian hari maka Pemegang Polis dan/atau Terlepaslah 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\*: YUSRI 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.

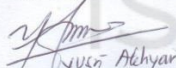
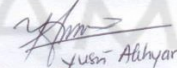
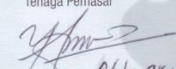
NOMOR SPAJS:

**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  Tanggal <sup>th</sup> <sup>bln</sup> <sup>thn</sup>

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:

Nama Agen:



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 IW



