

LAMPIRAN

Lampiran 1: Brosur Produk Promapan

js promapan

Keistimewaan js promapan

- Santunan Meninggal sebesar Nilai Polis ditambah dengan Uang Asuransi.
- Proteksi Asuransi Yearly Renewable Term sampai usia 99 tahun.
- Nilai Polis tergantung dari hasil kinerja Investasi yang dipilih oleh Pemegang Polis
- Tersedia berbagai macam fasilitas seperti penarikan dana (redemption), penambahan dana (top up), pemindahan dana (switching fund).
- Dapat digunakan untuk berbagai macam kebutuhan.

Usia Penyertaan

Usia Masuk Minimum : 6 bulan
Usia Masuk Maksimum : 65 tahun

Premi

Pembayaran premi dapat dilakukan secara Bulanan, Kuartalan, Semesteran dan Tahunan.

Premi minimum Bulanan : Rp 300.000,-
Kuartalan : Rp 500.000,-
Semesteran : Rp 1.000.000,-
Tahunan : Rp 1.500.000,-

Jaminan Tambahan (Rider)

Produk ini dapat ditambahkan dengan 9 manfaat jaminan tambahan, antara lain :

1. Perlindungan terhadap 53 penyakit kritis
2. Total Permanent Disability (TPD)
3. Sarung Rawat Inap (Hospital Cash Plan)
4. Accident Death & Dismemberment Benefit
5. Payor Death Benefit & Payor TPD Benefit
6. Spouse Payor Death Benefit & Spouse Payor TPD Benefit
7. Asuransi Kematian (Term Insurance)

Biaya-biaya

- Biaya Asuransi ditentukan berdasarkan Uang Asuransi
- Biaya Administrasi sebesar Rp 27.500,- per bulan
- Biaya Penarikan: 2% (2 tahun pertama) setelah itu bebas biaya
- Biaya Pengelolaan Investasi sebesar maksimal 2% per tahun
- Biaya Pemindahan dana gratis, kecuali diatas 2 (dua) kali per tahun sebesar 1% dari total dana.

Pilihan Investasi

js link Pasar uang

Bertujuan mendapatkan hasil investasi* yang optimal melalui instrumen Surat Utang jangka Pendek dan atau Pasar Uang.

Investasi ini menawarkan tingkat investasi jangka pendek dan menengah yang menarik dengan tingkat keamanan dan stabilitas yang tinggi. Investasi ini baik untuk investor yang mendambakan hasil investasi jangka pendek serta bersedia menanggung risiko rendah. Portofolio pada Surat Utang jangka pendek (maksimal 1 tahun) dan instrumen Pasar Uang.

js link Pendapatan Tetap

Bertujuan mendapatkan hasil investasi* yang optimal melalui instrumen surat utang. Investasi ini menawarkan tingkat investasi jangka menengah dan panjang yang menarik dengan tingkat keamanan dan stabilitas yang tinggi. Investasi ini baik untuk investor yang mendambakan hasil investasi jangka panjang yang menarik serta bersedia menanggung risiko yang rendah dan moderat. Portofolio min 80% di instrumen pendapatan tetap dan 0% - 20% selain instrumen pendapatan tetap.

js link Berimbang

Bertujuan mendapatkan hasil investasi* yang maksimal melalui penempatan dana dengan komposisi yang terdiri dari instrumen surat utang, ekuitas dan pasar uang (0% - 75%). Investasi ini menawarkan tingkat investasi jangka menengah dan panjang dengan hasil yang lebih tinggi serta bersedia menanggung risiko investasi yang moderat dan tinggi.

js link Equitas

Bertujuan mendapatkan hasil investasi* yang maksimal melalui penempatan dana dengan komposisi yang terdiri dari minimum 80% dalam efek saham. Investasi ini menawarkan tingkat investasi jangka panjang dengan hasil yang lebih tinggi serta bersedia menanggung risiko investasi yang tinggi.

* Syarat dan ketentuan berlaku

Unit, Harga Unit dan Metode Perhitungannya

- Harga unit dari setiap dana investasi dihitung setiap tanggal perhitungan dimana nilainya adalah dana investasi dibagi jumlah semua unit yang terbentuk dari dana investasi tersebut.
- Nilai dana investasi dari masing-masing jenis dana investasi adalah nilai dari aset masing-masing jenis dana investasi setelah dikurangi biaya pengelolaan investasi serta pajak dan ditambah hasil investasi dari aset jenis dana investasi tersebut.
- Pemangung berhak untuk mengubah tanggal perhitungan dari waktu ke waktu.
- Pertumbuhan dana / nilai investasi yang terdapat dalam brosur dan/ komputer proposal hanya merupakan ilustrasi Nilai masing-masing jenis dana investasi yang pemegang polis pilih dapat meningkat atau menurun tanpa jaminan akan adanya batas minimal dan maksimal.
- Seluruh kinerja masing-masing dana investasi tidak dijamin sehingga segala risiko pemilihan jenis dana investasi sepenuhnya menjadi tanggung jawab pemegang polis.

UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA

solusi impian keluarga anda

js promapan

MANCHESTER CITY

Jiwasraya
Together For Life

OFFICIAL INSURANCE PARTNER IN INDONESIA

ASURANSI JIWA PENDIDIKAN PENSIUN INVESTASI ANUITAS KESEHATAN

www.jiwasraya.co.id

The advertisement features a central photograph of four professionals (three women and one man) in business attire, gathered around a table and looking at documents. The background shows a modern office environment with a large window and a sign that reads 'ISLAM'. A large, semi-transparent watermark of the University of Islam Indonesia logo is overlaid on the image. The logo consists of a stylized 'U' and 'I' with the text 'UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA' around it. Below the photograph, there is a red circular graphic containing the text 'solusi impian keluarga anda'. To the right of this circle is the 'js promapan' logo. At the bottom of the advertisement, there are two logos: the Manchester City logo and the Jiwasraya logo, which includes the tagline 'Together For Life' and the text 'OFFICIAL INSURANCE PARTNER IN INDONESIA'. Below these logos is a red banner with the text 'ASURANSI JIWA PENDIDIKAN PENSIUN INVESTASI ANUITAS KESEHATAN' and the website address 'www.jiwasraya.co.id'.

Lampiran 2 : Proposal 1 Perhitungan Proteksi



PT ASURANSI JIWASRAYA (PERSERO) : ASURANSI JIWA PERTAMA & TERPERCAYA
ILUSTRASI PROGRAM JS PROMAPAN



- ✓ NAMA CALON PESERTA -----> Bu Melissa Fitri Andriyani M,SE.,MM
- ✓ USIA CALON TERTANGGUNG -----> 33 Tahun
- ✓ PREMI REGULER -----> Rp 350,000 Bulanan
- ✓ PREMI TOP UP SEKALIGUS -----> Rp -----
- ✓ LAMA BAYAR PREMI -----> 66 Tahun
- ✓ UANG ASURANSI DASAR -----> Rp 200,000,000 --> S/U usia 99 tahun
- ✓ ASURANSI TAMBAHAN (RIDER) :
 - 1 JS CIRS (penyakit kritis) -----> Rp 100,000,000 --> S/U usia 65 tahun
 - 2 JS TPD (cacat tetap total) -----> Rp 100,000,000 --> S/U usia 65 tahun
 - 3. a JS HOSPITAL CASH PLAN Rawat Inap -----> Tidak ada
 - b. JS HOSPITAL CASH PLAN Rawat ICU -----> Tidak ada
 - c. JS HOSPITAL CASH PLAN Bedah -----> Tidak ada
 - 4 JS WAIVER CI (bebas premi CI) -----> Ya --> S/U usia 65 tahun
 - 5 JS WAIVER TPD (bebas premi CTT) -----> Ya --> S/U usia 65 tahun

THN	USIA (AKHIR)	AKUMULASI PREMI	MANFAAT PROTEKSI							MENINGGAL DUNIA*	MANFAAT INVESTASI ASUMSI 12.00%	
			JS CIRS	WAIVER CI	RAWAT INAP	RAWAT ICU	BEDAH	JS TPD / CCT ITP TTL	WAIVER TPD			
1	33	4,200,000	100,000,000	Bebas premi					100,000,000	Bebas premi	200,000,000	1,591,559
2	34	8,400,000	100,000,000	Bebas premi					100,000,000	Bebas premi	200,000,000	2,027,001
3	35	12,600,000	100,000,000	Bebas premi					100,000,000	Bebas premi	200,000,000	4,059,683
4	36	16,800,000	100,000,000	Bebas premi					100,000,000	Bebas premi	200,000,000	6,606,993
5	37	21,000,000	100,000,000	Bebas premi					100,000,000	Bebas premi	200,000,000	10,013,127
6	38	25,200,000	100,000,000	Bebas premi					100,000,000	Bebas premi	200,000,000	14,044,525
7	39	29,400,000	100,000,000	Bebas premi					100,000,000	Bebas premi	200,000,000	18,453,456
8	40	33,600,000	100,000,000	Bebas premi					100,000,000	Bebas premi	200,000,000	23,272,329
9	41	37,800,000	100,000,000	Bebas premi					100,000,000	Bebas premi	200,000,000	28,535,754
10	42	42,000,000	100,000,000	Bebas premi					100,000,000	Bebas premi	200,000,000	34,288,487
11	43	46,200,000	100,000,000	Bebas premi					100,000,000	Bebas premi	200,000,000	40,575,338
12	44	50,400,000	100,000,000	Bebas premi					100,000,000	Bebas premi	200,000,000	47,459,739
13	45	54,600,000	100,000,000	Bebas premi					100,000,000	Bebas premi	200,000,000	54,998,713
14	46	58,800,000	100,000,000	Bebas premi					100,000,000	Bebas premi	200,000,000	63,273,141
15	47	63,000,000	100,000,000	Bebas premi					100,000,000	Bebas premi	200,000,000	72,348,499
16	48	67,200,000	100,000,000	Bebas premi					100,000,000	Bebas premi	200,000,000	82,329,342
17	49	71,400,000	100,000,000	Bebas premi					100,000,000	Bebas premi	200,000,000	93,280,897
18	50	75,600,000	100,000,000	Bebas premi					100,000,000	Bebas premi	200,000,000	105,361,767
19	51	79,800,000	100,000,000	Bebas premi					100,000,000	Bebas premi	200,000,000	118,661,041
20	52	84,000,000	100,000,000	Bebas premi					100,000,000	Bebas premi	200,000,000	133,297,511
25	57	105,000,000	100,000,000	Bebas premi					100,000,000	Bebas premi	200,000,000	232,282,174
30	62	126,000,000	100,000,000	Bebas premi					100,000,000	Bebas premi	200,000,000	396,423,719
35	67	147,000,000									200,000,000	687,703,649
40	72	168,000,000									200,000,000	1,202,929,288
50	82	210,000,000									200,000,000	3,649,763,342
55	87	231,000,000									200,000,000	6,377,601,705
60	92	252,000,000									200,000,000	11,205,903,536
65	97	273,000,000									200,000,000	19,820,249,301
70	0											
80	0											
99	0											

* Jika tertanggung meninggal dunia maka selain dibayarkan Uang Asuransi akan dibayarkan pula saldo investasi.

KEUNGGULAN PRODUK JS PROMAPAN, antara lain :

- 1 Proteksi hingga usia 99 tahun
- 2 Uang pertanggungan bisa hingga 10 milyar
- 3 Bisa dilengkapi dengan 12 asuransi tambahan (rider)
- 4 Dana manfaat investasi dapat ditarik kapan saja sesuai kebutuhan (misal : dana anak sekolah, pernikahan, modal pensiun, ibadah dll)
- 5 Penambahan dana investasi dapat dilakukan kapan saja
- 6 Banyak pilihan Instrumen Investasi
- 7 Fasilitas pembayaran premi sangat mudah dan luas (auto debit atau ATM bank Mandiri, BRI, BNI, h2h bank Mandiri, BRI, BNI, Kantor pos, Indomaret, Alfamart, Virtual Account bank BNI, bank Niaga)
- 8 Informasi status polis, jatuh tempo, pelunasan premi dll dikirim via sms secara sistem.
- 9 Online di seluruh Indonesia
- 10 Ditelaah oleh Fund Manager yang handal dan dapat dipercaya reputasinya.

Yogyakarta 28/6/2019
Disajikan oleh

Harifantia D.A
Financial Agency

Ilustrasi ini merupakan perhitungan pendekatan dan bukan merupakan bagian dari kontrak asuransi

Lampiran 3 : Proposal 2 Perhitungan Unit

PT ASURANSI JIWASRAYA (PERSERO)

Jl. Ir. H. Juanda No. 34 Jakarta - 10120

**JS PROMAPAN (Jiwasraya Proteksi Masa Depan Aman)**

Nomor Proposal : 01/07/2019 Tanggal Ilustrasi : 01/07/2019

CALON PEMEGANG POLIS

Nama Pemegang Polis : Etni Wahyuni
 Tanggal Lahir : 12/03/1967 / 52 Tahun Jenis Kelamin : Perempuan
 Telp : 0812200000000 Status Perokok : Tidak
 Email : Etniwahyuni@gmail.com Hp : 0812200000000

CALON TERTANGGUNG

Nama Tertanggung : Etni Wahyuni
 Tanggal Lahir : 12-03-1967 / 52 tahun Jenis Kelamin : Perempuan
 Hubungan Dengan Pemegang Polis : 3 Status Perokok : Tidak

Cara Bayar : BULANAN
 Uang Pertanggung : 70.000.000
 Mata Uang : IDR
 Premi Berkala : 245.000
 Top Up Berkala : 105.000
 Top Up Sekaligus : 5.000.000
 Total Premi yang dibayar : 5.350.000

Jiwasraya berhak melakukan pemeriksaan medis bagi SPAJ non medical secara acak.

ALOKASI DANA INVESTASI (%)

JS LINK EKUITAS	100 %
-----------------	-------

BIAYA ASURANSI

NAMA ASURANSI	SAMPAI USIA TERTANGGUNG	UANG ASURANSI	BIAYA ASURANSI PER BULAN
Asuransi Dasar	99	70.000.000	54.804
JS HCP + Surgery	65	300.000	49.354

ILUSTRASI INI BUKAN SEBUAH KONTRAK ASURANSI

Asuransi Dasar : Memberikan manfaat Uang Asuransi Dasar apabila Tertanggung meninggal dunia dalam masa asuransi atau sampai usia tertanggung 99 tahun. Atau apabila Tertanggung mencapai usia 99 tahun, maka akan dibayarkan Saldo Unit JS Pro Mapan.

JS HCP + Surgery : Memberikan santunan Rawat Inap, Rawat ICU, dan atau Rawat Bedah di Rumah Sakit. Manfaat JS Hospital Cash Plan + Bedah akan dibayarkan setelah pertanggung berjalan 90 hari dan sampai dengan ulang tahun Polis diusia Tertanggung 65 Tahun.

Diajikan : HARFIANTR
 Tanggal : 01/07/2019
 Build ID : 1462963-09

Kode Agen : 000026062
 Kode Cabang : YOGYAKARTA KOTA

Tanda Tangan Agen

Tanda Tangan Calon Pemegang Polis

PT ASURANSI JIWasRAYA (PERSERO)

Jl. Ir. H. Juanda No. 34 Jakarta - 10120



JS PROMAPAN (Jiwasraya Proteksi Masa Depan Aman)

ILUSTRASI INI BUKAN SEBUAH KONTRAK ASURANSI

JS LINK EKUITAS				MANFAAT INVESTASI			MANFAAT MENINGGAL DUNIA		
Tahun	Usia *	Premi	Top Up Sekaligus	Rendah (10%)	Sedang (12%)	Tinggi (14%)	Rendah (10%)	Sedang (12%)	Tinggi (14%)

Asumsi tingkat investasi yang digunakan adalah sebagai berikut :

Dana Investasi	Rendah **	Sedang **	Tinggi **
JS LINK EKUITAS	10 %	12 %	14 %

* Masa Asuransi sampai dengan Tertanggung mencapai usia 99 tahun.

** Ilustrasi di atas dalam ribuan rupiah.

*** Asumsi tinggi rendahnya tingkat hasil investasi ini hanya bertujuan untuk ilustrasi saja dan bukan merupakan tolak ukur untuk perhitungan rata-rata tingkat hasil investasi yang terendah dan tertinggi.

Menunjukkan bahwa Nilai Tunai pada tahun tersebut tidak mencukupi untuk membayar Biaya Asuransi dan administrasi, dan oleh karena itu Polis akan batal (lapse). Supaya Manfaat Polis dapat terus berlanjut, maka Anda diminta untuk melanjutkan pembayaran premi tahunan seperti dinyatakan dalam ilustrasi ini.



Disajikan : HARFIANTR Kode Agen : 033002092
 Tanggal : 01/07/2019 Kode Cabang : YOGYAKARTA KOTA
 Build ID : 1005420089

Tanda Tangan Agen

Tanda Tangan Calon Pemegang Polis

PT ASURANSI JIWasRAYA (PERSERO)

Jl. Ir. H. Juanda No. 34 Jakarta - 10120

**JS PROMAPAN (Jiwasraya Proteksi Masa Depan Aman)****ILUSTRASI INI BUKAN SEBUAH KONTRAK ASURANSI**

RINGKASAN				MANFAAT INVESTASI			MANFAAT MENINGGAL DUNIA		
Tahun	Usia *	Premi	Top Up Sekaligus	Rendah	Sedang	Tinggi	Rendah	Sedang	Tinggi

* Masa Asuransi sampai dengan Tertanggung mencapai usia 90 tahun.

** Ilustrasi di atas dalam ribuan rupiah.

*** Asumsi tingkat rendahnya tingkat hasil investasi ini hanya bertujuan untuk ilustrasi saja dan bukan merupakan tolak ukur untuk perhitungan rata-rata tingkat hasil investasi yang rendah dan tertinggi.

Menunjukkan bahwa Nilai Tunai pada tahun tersebut tidak mencukupi untuk membayar Biaya Asuransi dan administrasi, dan oleh karena itu Polis akan batal (lapse). Supaya Manfaat Polis dapat terus berlanjut, maka Anda diminta untuk melanjutkan pembayaran premi tahunan seperti dinyatakan dalam ilustrasi ini.



Diajukan : HARFIANTR Tanggal : 01/07/2019 Build ID : 12345678	Kode Agen : 0000000000 Kode Cabang : YOGYAKARTA KOTA	Tanda Tangan Agen	Tanda Tangan Calon Pemegang Polis
---	---	-------------------	-----------------------------------

PT ASURANSI JIWasRAYA (PERSERO)
 Jl. Ir. H. Juanda No. 34 Jakarta - 10120



JS PROMAPAN (Jiwasraya Proteksi Masa Depan Aman)

ILUSTRASI INI BUKAN SEBUAH KONTRAK ASURANSI

HAL-HAL PENTING

1. Alokasi Premi yang dibentuk ke dalam Premi

	Tahun 1	Tahun 2	Tahun 3	Tahun 4	Tahun 5	Tahun 6
Premi Berkala						
Investasi	10%	50%	60%	70%	90%	100%
Biaya	90%	50%	40%	30%	10%	0%
Top Up						
Investasi	95%	96%	95%	95%	95%	95%
Biaya	5%	5%	5%	5%	5%	5%

2. Ilustrasi di atas akan diperhitungkan dengan:

- Biaya administrasi sebesar Rp. 27.500,- per bulan selama masa asuransi.
 - Biaya Asuransi (Cost Of Insurance dan Cost Of Rider) akan dikenakan setiap bulan selama masa Asuransi. Besarnya COI dan COR akan naik setiap tahun sesuai dengan bertambahnya usia Tertanggung.
 - Biaya pengelolaan investasi maksimal 2% per tahun tergantung jenis reksadana yang dipilih.
- Jika unit yang terbentuk pada tahun 1 tidak mencukupi untuk membayar Biaya Asuransi, dan Biaya Administrasi, maka biaya-biaya tersebut dinyatakan sebagai biaya-biaya terhutang yang akan dipotong dari unit yang terbentuk pada bulan ke 13.
 - Nilai Tunai adalah Nilai Saldo Unit yang dihitung berdasarkan Harga Unit pada saat tertentu.
 - Asumsi tinggi rendahnya tingkat hasil investasi ini hanya bertujuan untuk ilustrasi saja dan bukan merupakan tolak ukur untuk perhitungan rata-rata tingkat hasil investasi yang terendah dan tertinggi.
 - Perubahan harga unit menggambarkan hasil investasi dari dana investasi. Kinerja dari investasi tidak dijamin tergantung dari risiko masing-masing dana investasi. Pemegang Polis diberi keleluasaan untuk menempatkan alokasi dana investasi yang memungkinkan Optimalisasi tingkat pengembalian investasi, sesuai dengan kebutuhan dan profil risiko Pemegang Polis.
 - Besarnya Nilai Tunai yang dibayarkan (bisa lebih besar atau lebih kecil dari yang diilustrasikan) akan bergantung pada perkembangan dari dana investasi JS PROMAPAN.
 - Jumlah minimum Top Up Sekaligus adalah Rp. 1.000.000,-.
 - Minimum penarikan dana (Redemptions) adalah Rp. 1.000.000,- dan menyaliskan dana minimum Rp. 2.000.000,-.
 - Produk JS PROMAPAN tidak dikenakan biaya penarikan.
 - Penilaian harga unit dilakukan pada setiap hari kerja, Senin sampai dengan Jumat dengan menggunakan metode harga pasar yang berlaku bagi instrumen investasi yang mendasari masing-masing alokasi dana investasi yang dipilih.
 - Besarnya Nilai Tunai yang terbentuk pada polis ini (dapat lebih besar atau lebih kecil dari dana yang diinvestasikan oleh Pemegang Polis), akan dipengaruhi oleh fluktuasi dari harga unit atau faktor biaya-biaya sebagaimana disebutkan di atas.
 - Perpanjangan masa pertanggungan asuransi tambahan setelah berakhirnya masa asuransi akan dilakukan underwriting/ seleksi risiko ulang sehingga perpanjangan dapat diterima dengan rate standar atau bahkan ditolak.
 - Harga unit yang digunakan pada Premi Pertama akan terbentuk setelah diterimanya SPAJ dan teridentifikasinya seluruh pembayaran Premi Pertama di Kantor Pusat oleh Jiwasraya. Tanggal Perhitungan Harga Unit adalah Tanggal Perhitungan berikutnya setelah diterimanya SPAJ. Atau teridentifikasinya seluruh pembayaran Premi pertama di Kantor Pusat, mana yang paling akhir.
 - Memiliki Polis Asuransi Jiwa merupakan komitmen jangka panjang. JS PROMAPAN adalah suatu produk asuransi jiwa yang dikaitkan dengan investasi. Untuk dapat menikmati manfaat polis ini, maka kami sarankan Anda untuk melakukan pembayaran Premi selama Masa Asuransi.

Disajikan : HARTIANTR Kode Agen : 2000000000
 Tanggal : 01/07/2019 Kode Cabang : YOGYAKARTA KOTA
 Build ID : 1006103143P

Tanda Tangan Agen

Tanda Tangan Calon Pemegang Polis

PT ASURANSI JIWasRAYA (PERSERO)

Jl. Ir. H. Juanda No. 34 Jakarta - 10120



JS PROMAPAN (Jiwasraya Proteksi Masa Depan Aman)

ILUSTRASI INI BUKAN SEBUAH KONTRAK ASURANSI

RINGKASAN MANFAAT

Nama Tertanggung : Etni Wahyuni
Usia Tertanggung : 52 Tahun

A. Rencana masa pembayaran premi yang dikehendaki adalah 47 Tahun *

Total Premi : 138,180,000
Total Top Up Berkala : 59,220,000

Informasi mengenai Uraian Biaya-biaya terdapat dalam halaman Hal-Hal Penting.

B. Asumsi Nilai Tunai dimasa yang akan datang **

USIA	RENDAH	SEDANG	TINGGI
------	--------	--------	--------

* Sesuai dengan cuti premi yang dipilih.

** Nilai Tunai dihitung dengan menggunakan asumsi tingkat investasi. Besarnya Nilai Tunai yang dibayarkan (dapat lebih besar atau lebih kecil dari yang diilustrasikan), akan bergantung pada perkembangan dari dana investasi.

*** Menunjukkan bahwa Nilai Tunai pada tahun tersebut tidak mencukupi untuk membayar Biaya Asuransi dan Administrasi, dan oleh karena itu Polis akan batal (lapse). Supaya Manfaat Polis dapat terus berlanjut, maka Anda diminta untuk melanjutkan pembayaran premi tahunan seperti dinyatakan dalam ilustrasi ini.

C. Rangkuman Manfaat Meninggal Dunia

Jika Tertanggung meninggal dunia karena kecelakaan sebelum berusia 65 Tahun, Manfaat yang diterima adalah sejumlah Uang Asuransi ditambah dengan Nilai Tunai pada Saat Tertanggung Meninggal Dunia. 70,000,000

Jika Tertanggung meninggal dunia sebelum berusia 65 Tahun, maka Manfaat yang diterima adalah sejumlah Uang Pertanggungan ditambah dengan Nilai Tunai pada saat Tertanggung Meninggal Dunia. 70,000,000

D. Manfaat

(Hanya untuk ilustrasi, keterangan lengkap mengenai Manfaat Asuransi tiap produk Asuransi, termasuk syarat-syarat dan pengecualian, tercantum pada Polis, berfaku dan mengikat).

Asuransi Dasar: Apabila Tertanggung meninggal dunia dalam masa asuransi sebelum usia 99 Tahun, maka akan dibayarkan Uang Asuransi Dasar ditambah dengan Nilai Tunai Polis, Apabila Tertanggung hidup sampai berakhirnya Masa Asuransi, maka Jiwasraya akan membayarkan Nilai Tunai (Jumlah Unit x NAB).	70,000,000
---	------------

Disajikan : HARFIANTR
Tanggal : 01/07/2019
Build ID : 0000000000

Kode Agen : 0000000000
Kode Cabang : YODYAKARTA KOTA

Tanda Tangan Agen

Tanda Tangan Calon Pemegang Polis

PT ASURANSI JIWRASRAYA (PERSERO)

Jl. Ir. H. Juanda No. 34 Jakarta - 10120

**JS PROMAPAN (Jiwasraya Proteksi Masa Depan Aman)****ILUSTRASI INI BUKAN SEBUAH KONTRAK ASURANSI****RISIKO****Risiko Pasar**

Harga Unit dapat mengalami fluktuasi mengikuti harga pasar. Hal ini akan terlihat pada volatilitas dari harga unit dan akan menyebabkan kemungkinan terjadinya kenaikan atau penurunan nilai investasi.

Risiko Kredit

Pemegang Polis akan terekspos pada risiko kredit PT. Asuransi Jiwasraya (Persero) sebagai penyeleksi risiko dari produk asuransi. Risiko kredit berkaitan dengan kemampuan membayar kewajiban oleh PT. Asuransi Jiwasraya (Persero) terhadap nasabahnya.

Risiko Operasional

Suatu risiko kerugian yang disebabkan karena tak berjalannya atau gagalnya proses internal, manusia, dan sistem serta oleh peristiwa eksternal.

Pertanggungan asuransi JS PROMAPAN tidak berlaku apabila Tertanggung meninggal dalam keadaan sebagai berikut:

- Akibat tindakan bunuh diri yang terjadi dalam waktu 2 (dua) tahun terhitung sejak Tanggal Penerbitan Polis atau Addendum yang terkini atau tanggal penerbitan pemulihan yang terkini (mana saja yang terjadi terakhir).
- Tertanggung sedang/sebagai akibat melakukan tindak kejahatan.
- Tertanggung menjalani eksekusi hukuman mati oleh pengadilan.
- Terjadi akibat tindak kejahatan atau pembunuhan yang dilakukan oleh yang berkepentingan dalam pertanggungan.

Note: Detail lengkap klausul Pengecualian dinyatakan dalam Ketentuan Umum dan Ketentuan Khusus Polis.

Diajukan : HARFIANTR	Kode Agen : 000000000	Tanda Tangan Agen	Tanda Tangan Calon Pemegang Polis
Tanggal : 01/07/2019	Kode Cabang : YOGYAKARTA		
Build ID : 156500000			

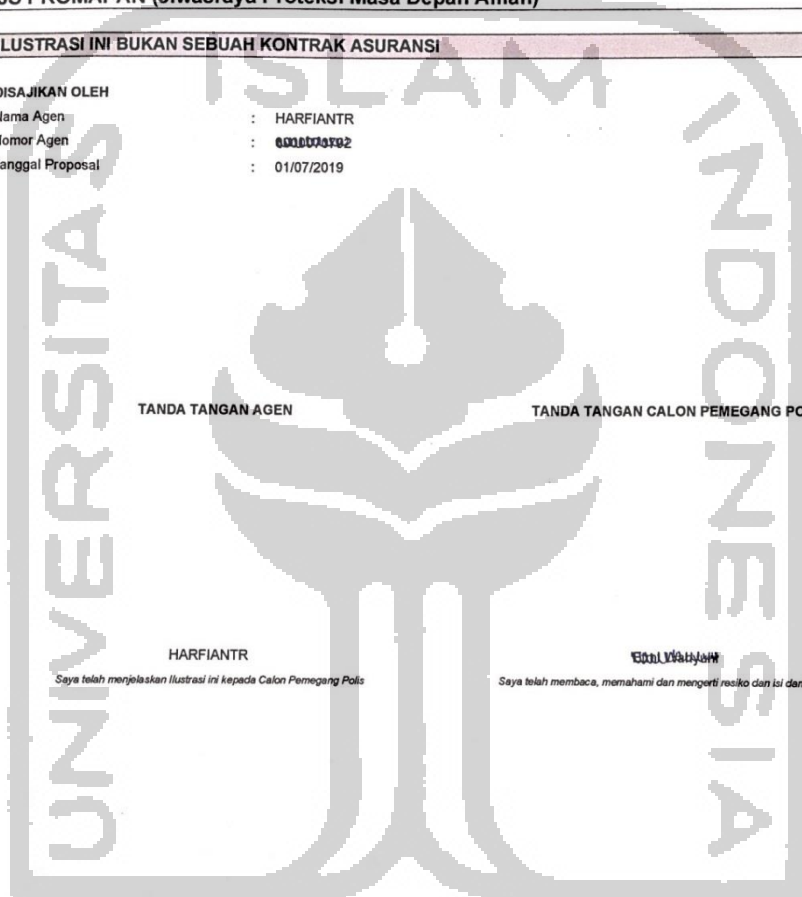
PT ASURANSI JIWasRAYA (PERSERO)
 Jl. Ir. H. Juanda No. 34 Jakarta - 10120



JS PROMAPAN (Jiwasraya Proteksi Masa Depan Aman)

ILUSTRASI INI BUKAN SEBUAH KONTRAK ASURANSI

DISAJIKAN OLEH
 Nama Agen : HARFIANTR
 Nomor Agen : 000003292
 Tanggal Proposal : 01/07/2019



TANDA TANGAN AGEN

TANDA TANGAN CALON PEMEGANG POLIS

HARFIANTR


Edul Wahyuni

Saya telah menjelaskan ilustrasi ini kepada Calon Pemegang Polis

Saya telah membaca, memahami dan mengerti resiko dan isi dari ilustrasi ini.

Disajikan : HARFIANTR	Kode Agen : 000003292	Tanda Tangan Agen	Tanda Tangan Calon Pemegang Polis
Tanggal : 01/07/2019	Kode Cabang : YOGYAKARTA KOTA		
Build ID : 700003292			

Lampiran 4 : SPAJ (Surat Permintaan Asuransi Jiwa)

 <p>Jiwasraya together for life</p>	<p align="center">SURAT PERMINTAAN ASURANSI JIWA (SPAJ)</p> <p align="center">SPAJ dan SKK ini merupakan dasar untuk mengadakan perjanjian asuransi jiwa dan menjadi bagian yang tidak dapat dipisahkan dari polis</p>	<p>No SPAJ: 000658412</p>
		<p>Tanggal Terima SPAJ di Sie. Operasional <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/></p> <p>Di terima oleh : <input type="text"/></p> <p>Tanggal Entry Proposal di Sie. Pertanggunggaan <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/></p> <p>Di entry oleh : <input type="text"/></p> <p>Nomor Proposal <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/></p> <p>ttd. Sie. Ops. ttd. Sie. Tang. <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Medical : <input type="checkbox"/> Non Medical: <input type="checkbox"/></p>
<p>PT Asuransi Jiwasraya (Persero) Jl. Ir. H. Juanda No., 34 Jakarta 10120 Telp. (021) 3845031 Fax. (021) 3862344 Call Center : (021) 1500151 Email : asuransi@jiwasraya.co.id Website : www.jiwasraya.co.id</p>	<p align="center">(Diisi oleh Petugas Jiwasraya)</p> <p>Nama Agen <input type="text"/></p> <p>Nomor Agen <input type="text"/></p> <p>Nama Kantor Keagenan / Pemasaran <input type="text"/></p>	
<p>A. SURAT PERMINTAAN ASURANSI JIWA (SPAJ)</p> <p>Mohon diisi secara jelas dan lengkap dengan huruf cetak serta tandai dalam kotak jawaban yang sesuai. Jika terjadi salah penulisan, jangan di type ketari dicoret dan bubuhkan tanda tangan Calon Pemegang Polis dan/atau Calon Tertanggung (termasuk Tertanggung Tambahan) sesuai dengan kartu identitas diri (ID) yang masih berlaku yang dilampirkan. KETIDAKLENGKAPAN PENGISIAN SPAJ DAPAT MENYEBABKAN TERHAMBATNYA PROSES PENERBITAN POLIS</p>		
<p align="center">DATA CALON PEMEGANG POLIS</p>		
<p>1. Identitas Calon Pemegang Polis</p> <p>a. Nama Lengkap sesuai dengan Kartu Tanda Penduduk (KTP) : <input type="text"/></p> <p>b. Alias/ Nama lainnya : <input type="text"/></p> <p>c. No. KTP : <input type="text"/> Tanggal Berlaku KTP s/d : <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/></p> <p>d. Tempat Lahir : <input type="text"/> Tanggal Lahir : <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/></p> <p>e. Jenis Kelamin : <input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan f. Agama : <input type="text"/> Tinggi : <input type="text"/> cm Berat : <input type="text"/> kg</p> <p>g. Nama Ibu Kandung : <input type="text"/> h. Warga Negara : <input type="text"/></p> <p>i. Pendidikan formal : <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> SMP <input type="checkbox"/> SMU <input type="checkbox"/> D1/D3 <input type="checkbox"/> S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> S3 j. Nomor NPWP : <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/></p> <p>k. Status Pernikahan : <input type="checkbox"/> Belum Menikah <input type="checkbox"/> Duda/Janda <input type="checkbox"/> Menikah Tanggal : <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/></p>		
<p>2. Pekerjaan (jelaskan tugas Anda dan bidang usaha)</p> <p>a. Bidang Pekerjaan : <input type="text"/></p> <p>b. Jabatan : <input type="text"/></p> <p>c. Alamat Tempat Bekerja <input type="text"/> <input type="text"/> Kota / Kabupaten <input type="text"/> Kode Pos <input type="text"/> Propinsi <input type="text"/></p> <p>d. No. Telp. <input type="text"/> - <input type="text"/> No. HP 1 : <input type="text"/></p> <p>e. No. Fax <input type="text"/> - <input type="text"/> No. HP 2 : <input type="text"/></p> <p>f. E-mail <input type="text"/></p>		
<p>3. Alamat Lengkap</p> <p>a. Status tempat tinggal <input type="checkbox"/> Milik sendiri <input type="checkbox"/> Sewa <input type="checkbox"/> Lainnya :</p> <p>b. Alamat sesuai KTP <input type="text"/> <input type="text"/> Kota / Kabupaten <input type="text"/> Kode Pos <input type="text"/> Propinsi <input type="text"/></p> <p>c. Alamat tinggal saat ini (diisi jika berbeda dengan huruf 3.b) <input type="text"/> <input type="text"/> Kota / Kabupaten <input type="text"/> Kode Pos <input type="text"/> Propinsi <input type="text"/></p> <p>d. No. Telp. Rumah <input type="text"/> - <input type="text"/> No. HP 1 : <input type="text"/></p> <p>e. No. Fax <input type="text"/> - <input type="text"/> No. HP 2 : <input type="text"/></p> <p>f. Apakah setuju apabila dihubungi dan direkam melalui Handphone : Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></p>		
<p align="right">Tanda Tangan Calon Pemegang Polis</p> <p align="right"><input type="text"/></p>		
<p align="center">Halaman 1 - 11</p>		
<p>V.08.2018</p>		

g. Korespondensi rutin bersedia disampaikan dalam bentuk :

Email Alamat Surat Menyurat : Kantor Rumah sesuai KTP Rumah tinggal saat ini Lainnya :

i. Alamat

ii. Kota / Kabupaten Kode Pos

iii. Propinsi

h. Nomor Rekening Bank* Bank

Atas Nama Unit/Cabang

* Jika Pemegang Polis tidak mempunyai rekening, dapat diisi dengan nomor rekening sesuai dengan rekening penerima faedah dan rekening ini dipergunakan untuk pembayaran manfaat asuransi

JIKA PEMEGANG POLIS MENJADI TERTANGGUNG TAMBAHAN (hanya diisi jika Pemegang Polis mengajukan asuransi tambahan JS Spouse Payor (di isi Suami/Isteri Tertanggung Utama) atau JS Payor (di isi Orang Tua Tertanggung Utama)).

4. Nama Istri / Suami

Nama Kantor atau tempat bekerja Istri / Suami

Alamat Kantor atau tempat bekerja Istri / Suami

5. Tinggi : cm Berat : kg

Kelas I. Pekerjaan yang bersifat administrasi dan 100% bekerja di dalam kantor serta tidak melakukan hobi atau olah raga yang berbahaya.
contoh : Karyawan Kantor Pemerintah/Kantor Swasta,Guru,Pengacara,Notaris,Akuntan,Dokter yang menetap dan pekerjaan lain yang sejenis.

Kelas II. Pekerjaan yang sifatnya banyak dilakukan dengan tenaga fisik atau pekerjaan yang sering melakukan perjalanan.
contoh : Tenaga Penjual,Perawat,Wartawan,Artis,Pelajar,Kurir,Pekerja Hotel/Restoran/Toko,Penjahit dan pekerjaan lain yang sejenis.

Kelas III. Pekerja lapangan atau teknisi yang menggunakan mesin - mesin ringan.
contoh : Pekerja bengkel, Satpam/Security, Sopir/Kondektur Bus Umum dan Truk, Pilot Komersial dan pekerjaan lain yang sejenis.

Kelas IV. Pekerja kasar atau pekerja yang menggunakan alat berat/alat peledak/alat tajam.
contoh : Pekerja dok/galangan kapal, pekerja tambang,operator crane/lori, pekerja pergudangan, pekerja pabrik kimia, pekerja konstruksi bangunan, penebang pohon dan pekerjaan lain yang sejenis.

JIKA CALON PEMEGANG POLIS ADALAH LEMBAGA

6. Nama Lembaga

7. Anggaran Dasar Nomor Notaris Tanggal - -

8. Nomor Surat Ijin Usaha Tanggal - -

9. Bidang Usaha

10. Nama Pihak Yang Mewakili Lembaga

11. Alamat Kantor/ Lembaga

Kota / Kabupaten Kode Pos

Propinsi

12. No. Telp Kantor/ Lembaga 13. No. Fax.

14. No. HP Yang Mewakili Lembaga 15. e-mail

16. NPWP

17. Apakah Aktivitas Utama Lembaga bergerak dalam bidang investasi ? Ya Tidak

Pilih YA apabila :
- Lebih dari 50% total pendapatan lembaga berasal dari kegiatan investasi, atau
- Lebih dari 50% aset lembaga menghasilkan atau diadakan untuk menghasilkan pendapatan investasi

18. Jika Calon Pemegang Polis berbentuk badan sosial/ badan amal/ yayasan : Ya Tidak

Apakah melakukan pengumpulan dana dari masyarakat ? Ya Tidak

Komposisi penyertaan (pemegang saham asing) lebih dari 10% ? Ya Tidak

Catatan :
1. Lampirkan salinan dokumen pendukung website
2. Lampirkan salinan identitas dari pihak yang mewakili lembaga dan Surat penunjukan sebagai pihak yang mewakili lembaga

DATA KEWAJIBAN PAJAK LUAR NEGERI

19. Apakah Pemegang Polis dan/ atau Pemegang Saham pengendali* (jika Pemegang Polis adalah Lembaga) memiliki kewajiban pajak selain di Indonesia ? Ya, silahkan lengkapi tabel di bawah ini** Tidak

Negara	Nomor Wajib Pajak/ Taxpayer Identification Number (TIN)	Alasan Jika Tidak Ada TIN***
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* Pemegang Saham Pengendali adalah orang perorangan yang mempunyai kemampuan untuk melakukan pengendalian atas sebuah lembaga.
** Khusus untuk Pemegang Saham Pengendali, silahkan mengisi Formulir Pernyataan Kewajiban Pajak Luar Negeri dan/ atau W9 FATCA.
*** Alasan A, negara tidak menerbitkan TIN • Alasan B, Pemegang Polis tidak bisa mendapatkan TIN, mohon jelaskan • Alasan C, negara yang bersangkutan tidak mewajibkan TIN untuk keperluan CRS

Tanda Tangan Calon Pemegang Polis

No SPAJ:000658412

Halaman 2 - 11

V.08.2018

DATA CALON PEMBAYAR PREMI	
20. Hubungan Calon Pembayar Premi dengan Tertanggung adalah	<input type="checkbox"/> Calon Pemegang Polis Perorangan (lanjutan ke nomor 22.) <input type="checkbox"/> Calon Pemegang Polis Non - Perorangan <input type="checkbox"/> Suami / Istri calon Pemegang Polis <input type="checkbox"/> Orang Tua Calon Pemegang Polis
	<input type="checkbox"/> Calon Tertanggung Utama <input type="checkbox"/> Anak Calon Pemegang Polis <input type="checkbox"/> lain-lain
21. Identitas Calon Pembayar Premi :	
a. Nama Lengkap sesuai dengan Kartu Tanda Penduduk (KTP)	b. Alias/ Nama lainnya :
c. No.KTP	Tanggal Beraku KTP s/d : - -
d. Tempat Lahir	Tanggal Lahir : - -
e. Jenis Kelamin : <input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan	f. Warga Negara :
g. Agama	h. Nama Ibu Kandung
i. Pendidikan formal : <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> SMP <input type="checkbox"/> SMU <input type="checkbox"/> D1/D3 <input type="checkbox"/> S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> S3	j. Nomor NPWP : - -
k. Status Pernikahan : <input type="checkbox"/> Belum Menikah <input type="checkbox"/> Duda/Janda <input type="checkbox"/> Menikah, Tanggal : - -	
l. Status tempat tinggal : <input type="checkbox"/> Milik sendiri <input type="checkbox"/> Sewa <input type="checkbox"/> Lainnya :	
m. Alamat sesuai KTP	
Kota / Kabupaten	Kode Pos
Propinsi	
n. Alamat tempat tinggal (diisi jika berbeda dengan huruf 21.m)	
Kota / Kabupaten	Kode Pos
Propinsi	
o. No. Telp. Rumah	No. HP 1 : - -
p. No. Fax	No. HP 2 : - -
q. E-mail	
22. Keterangan Pekerjaan & Perusahaan :	
a. Pekerjaan	<input type="checkbox"/> Pengajar & Dosen <input type="checkbox"/> TNI/POLRI <input type="checkbox"/> Pertanian <input type="checkbox"/> Kesehatan <input type="checkbox"/> Petajar/Mahasiswa <input type="checkbox"/> Pengurus Parpol <input type="checkbox"/> Pegawai PNS/BUMN/BUMD <input type="checkbox"/> Swasta <input type="checkbox"/> Ibu Rumah Tangga <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Lembaga Keuangan <input type="checkbox"/> Pensiunan <input type="checkbox"/> Pelahat Pemerintah & MPR/DPR/DPD <input type="checkbox"/> Yayasan/LSM <input type="checkbox"/> Lembaga Non Keuangan/Pabrikasi
Jabatan/Pangkat/Golongan :	
b. Nama Perusahaan	
Alamat Perusahaan	
Provinsi	Kode Pos
No. Telepon	No. Fax
c. Jika usaha sendiri (Wiraswasta)	
Keterangan Usaha	<input type="checkbox"/> Pemilik Tunggal <input type="checkbox"/> Patungan
Bidang Usaha	
Nama Usaha	
Alamat Usaha	
d. Besar pendapatan per bulan (pilihan dapat lebih dari satu)	
1. Gaji	Rp.
2. Penghasilan suami/istri	Rp.
3. Hasil Investasi	Rp.
4. Bisnis Pribadi	Rp.
5. Bonus/Insentif/Komisi	Rp.
6. Lainnya	Rp.
Tanda Tangan Calon Pemegang Polis	
No SPAJ:000658412	
Halaman 3 - 11	
V.08.2018	

e. Sumber premi :

f. Tujuan pengajuan asuransi :

(pilihlah dapat lebih dari satu)

- Proteksi Investasi
 Tabungan Pensiun
 Pendidikan Lainnya

DATA CALON TERTANGGUNG UTAMA (disiisi jika berbeda dengan Pemegang Polis, apabila sama dengan Pemegang Polis langsung ke nomor 25)

23. Identitas Calon Tertanggung Utama

a. Nama Lengkap sesuai dengan Kartu Tanda Penduduk (KTP) : _____ b. Alias/ Nama Lainnya : _____
 c. No KTP : _____ Tanggal Berlaku KTP s/d : _____
 d. Tempat Lahir : _____ Tanggal Lahir : _____
 e. Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan Tinggi : _____ cm Berat : _____ kg
 f. Agama : _____
 g. Nama Ibu Kandung : _____ h. Warga Negara : _____
 i. Pendidikan Formal : SD SMP SMU D1/D3 S1 S2 S3
 j. Nomor NPWP : _____
 k. Status Pernikahan : Belum Menikah Duda/Janda Menikah Tanggal : _____ - _____ - _____

24. Pekerjaan (jelaskan tugas Anda dan bidang usaha)

a. Bidang Pekerjaan : _____ b. Jabatan : _____
 c. Alamat Tempat Bekerja : _____
 Kota / Kabupaten : _____ Kode Pos : _____
 Propinsi : _____
 d. No. Telp : _____ No. HP 1 : _____
 e. No. Fax : _____ No. HP 2 : _____
 f. Email : _____

25. Hubungan dengan Pemegang Polis Diri Sendiri Suami/Istri Anak Orang Tua Lainnya

26. Usia Produktif : Tahun (contohnya : untuk karyawan, usia produktif sesuai usia pensiun yang berlaku di perusahaan/ institusinya)

27. Besar active income Calon Tertanggung :

- Gaji : Rp. _____
 - Lainnya : 1. _____ : Rp. _____
 2. _____ : Rp. _____
 3. _____ : Rp. _____

28. Nama Istri / Suami : _____

Nama Kantor atau tempat bekerja Istri / Suami : _____

Alamat Kantor atau tempat bekerja Istri / Suami : _____

29. Kelas Pekerjaan :

- Kelas I. Pekerjaan yang bersifat administrasi dan 100% bekerja di dalam kantor serta tidak melakukan hobi atau olah raga yang berbahaya.
 contoh : Karyawan Kantor Pemerintah/Kantor Swasta, Guru, Pengacara, Notaris, Akuntan, Dokter yang menetap dan pekerjaan lain yang sejenis.
- Kelas II. Pekerjaan yang sifatnya banyak dilakukan dengan tenaga fisik atau pekerjaan yang sering melakukan perjalanan.
 contoh : Tenaga Penjual, Perawat, Wartawan, Artis, Pelajar, Kurir, Pekerja Hotel/Restoran/Toko, Penjahit dan pekerjaan lain yang sejenis.
- Kelas III. Pekerja lapangan atau teknisi yang menggunakan mesin - mesin ringan.
 contoh : Pekerja bengkel, Satpam/Security, Sopir/Kondektur Bus Umum dan Truk, Pilot Komersial dan pekerjaan lain yang sejenis.
- Kelas IV. Pekerja kasar atau pekerja yang menggunakan alat berat/alat peledak/alat tajam.
 contoh : Pekerja dok/galangan kapal, pekerja tambang, operator crane/lori, pekerja pergudangan, pekerja pabrik kimia, pekerja konstruksi bangunan, penambang pohon dan pekerjaan lain yang sejenis.

Tanda Tangan Calon Pemegang Polis

No SPAJ:000658412

Halaman 4 - 11

V.08.2018

MANFAAT ASURANSI

30. Daftar Penerima Manfaat Asuransi

Nama Lengkap (sesuai kartu tanda penduduk)	L/P	Tempat, Tanggal Lahir	Hubungan dengan Calon Tertanggung

31. Asuransi Dasar (Jenis Produk)

a. Unit Link Nama Produk : JS PRO IDAMAN JS PRO MAPAN b. Unit Link Lain

c. Non Unit Link

Pilihan Investasi (maksimal 2 jenis pilihan investasi) :

JS LINK PASAR UANG	<input type="text"/> % *	d. <input type="checkbox"/> Anuitas
JS LINK PENDAPATAN TETAP	<input type="text"/> % *	e. <input type="checkbox"/> lainnya
JS LINK BERIMBANG	<input type="text"/> % *	
JS LINK EKUITAS	<input type="text"/> % *	
JS GUARDIAN 75	<input type="text"/> % *	32. Uang Asuransi Dasar : <input type="text"/>
JS GUARDIAN 85	<input type="text"/> % *	33. Masa Pembayaran Premi : <input type="checkbox"/> Tahun
		34. Masa Asuransi : <input type="checkbox"/> Tahun

Total 100 %

* Khusus untuk Jenis Investasi JS Guardian hanya bisa memilih salah satunya saja, contohnya : jika sudah memilih JS Guardian 75 atau JS Guardian 85 tidak bisa memilih jenis investasi lainnya.

** Diluar jenis investasi pada * dapat memilih maksimal 2 jenis investasi

*** Pemilihan prosentase (%) pada setiap jenis investasi adalah minimum sebesar 5% dan Total keseluruhan prosentase (%) adalah sebesar 100% (kelipatan 5%).

Masa Pembayaran Premi : SU 99 Tahun
Masa Asuransi : SU 99 Tahun

35. Asuransi Tambahan / Rider maksimal sampai dengan usia (x) 64 tahun

Jenis Asuransi Tambahan Uang Asuransi

a. JS Term Rider (TR)

b. JS Accidental Death & Dismemberment Benefit (ADDB)

c. JS Total Permanent Disability (TPD)

d. JS Critical Illness53 (CI53)

e. JS Hospital Cash Plan (HCP) --> Pilih salah satu

<input type="checkbox"/> HCPM 100	<input type="checkbox"/> HCPM 200	<input type="checkbox"/> HCPM 300	<input type="checkbox"/> HCPM 400	<input type="checkbox"/> HCPM 500
<input type="checkbox"/> HCPB 100	<input type="checkbox"/> HCPB 200	<input type="checkbox"/> HCPB 300	<input type="checkbox"/> HCPB 400	<input type="checkbox"/> HCPB 500

f. lainnya

g. JS Payor Benefit Death (PB-D)

h. JS Payor Benefit Critical Illness51 (PB-CI51)

i. JS Payor Benefit Total Permanent Disability (PB-TPD)

j. JS Spouse Payor Death Benefit (SP-D)

k. JS Spouse Payor Critical Illness51 (SP-CI51)

l. JS Spouse Payor Total Permanent Disability (SP-TPD)

m. JS Waiver Critical Illness51 (WP-CI51)

n. JS Waiver Total Permanent Disability (WP-TPD)

36. Mata Uang Rupiah US \$

37. Cara Pembayaran Premi

a. Single/Sekaligus, sebesar

b. Regular/Berkala, sebesar

Bulanan Kuartalan Semesteran Tahunan

38. Top Up Premi

a. Single/Sekaligus, sebesar

b. Regular/Berkala, sebesar

39. Pembayaran Premi Regular/Berkala Lanjutan Melalui

<input type="checkbox"/> Auto Debet	<input type="checkbox"/> Host To Host	<input type="checkbox"/> Virtual Account	<input type="checkbox"/> Debet Kartu Kredit
<input type="checkbox"/> Bank Mandiri <input type="checkbox"/> BRI	<input type="checkbox"/> Bank Mandiri <input type="checkbox"/> BRI	<input type="checkbox"/> BNI	<input type="checkbox"/> Master Card/Visa Card

40. Polis yang dimiliki sebelumnya :

No. Polis / SP	Uang Asuransi	Premi	Saat berlaku	Dari Perusahaan Asuransi	Status Polis

Tanda Tangan Calon Pemegang Polis

No SPAJ:000658412

Halaman 5 - 11

V08.2018

B. KETERANGAN KESEHATAN CALON TERTANGGUNG (SKK)

Calon Tertanggung yang ikut dalam program asuransi harus menjawab semua pertanyaan dalam SPAJ dan SKK ini (dan dalam pernyataan pribadi yang menyangkut kesehatan yang diajukan oleh Penanggung atau pemeriksa kesehatan) secara lengkap dan jujur. Jika tidak, mengakibatkan berubahnya keputusan Underwriting dan dapat terjadi pembatalan Polis yang telah diterbitkan.

DATA KESEHATAN CALON TERTANGGUNG

Apakah ada diantara ayah, ibu atau saudara kandung (hidup atau meninggal) yang pernah menderita Diabetes, sakit jantung, tekanan darah tinggi, stroke, sakit ginjal, kelainan psikologis, Hepatitis, kanker atau penyakit keturunan lainnya. Mohon diisi pada kotak yang tersedia

I. Riwayat Keluarga Calon Tertanggung Utama

Keluarga	Jumlah	Usia	Masih Hidup					Sudah Meninggal		
			Diabetes	Hipertensi	Jantung / Stroke	Tumor / Kanker	Penyakit Keturunan lainnya sebutkan	Kondisi Kesehatan (Sehat atau sakit)	Sebab Meninggal (sebutkan penyakitnya)	Tgl Meninggal
Ayah										
Ibu										
Istri/Suami										
Saudara Laki-laki										
Saudara Perempuan										
Anak kandung										

II. Riwayat Keluarga Calon Tertanggung Tambahan

Keluarga	Jumlah	Usia	Masih Hidup					Sudah Meninggal		
			Diabetes	Hipertensi	Jantung / Stroke	Tumor / Kanker	Penyakit Keturunan lainnya sebutkan	Kondisi Kesehatan (Sehat atau sakit)	Sebab Meninggal (sebutkan penyakitnya)	Tgl Meninggal
Ayah										
Ibu										
Istri/Suami										
Saudara Laki-laki										
Saudara Perempuan										
Anak kandung										

Jika terdapat jawaban "Ya", mohon jelaskan dengan lengkap Diagnosanya, lama dialami, tanggal konsultasi (rawat), nama dan alamat dokter/rumah sakit/rawat inap/tempat konsultasi, serta kondisi saat ini.

III Riwayat Kesehatan Calon Tertanggung Utama (TU) dan Calon Tertanggung Tambahan (TT)

Beri tanda (√) untuk pernyataan-pernyataan dibawah ini :

1. Apakah Anda pernah mengalami gejala-gejala, diperiksa, menderita, didiagnosa, mendapat pengobatan, disarankan atau menjalani rawat inap, menjalani operasi, dianjurkan untuk mendapat nasehat medis, telah mendapat nasehat medis, atau dirujuk ke dokter spesialis, untuk penyakit di bawah ini :

Calon Tertanggung Utama (TU)

Ya Tidak

Calon Tertanggung Tambahan (TT)

Ya Tidak

Jika "Ya", mohon Calon Tertanggung memberi tanda "√" untuk setiap kelainan yang dimiliki dan mengisi KUESIONER sesuai dengan kelainan tersebut.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jantung bawaan *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Malaria**
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kelenjar /Thyroid**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nyeri dada, kelainan jantung dan pembuluh darah**
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumor/kista/Benolan/pembengkakan/Kanker**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsi / Ayan / Kejang / pingsan **
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maag, diare dan gangguan pencernaan lainnya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kencing manis**
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sakit Kepala/Migrain/Pusing/Vertigo/Stroke**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polio**
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gangguan Persendian/Rematik/Kelainan pada Otot/Sendi/Tulang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tekanan darah tinggi**
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gangguan Pernafasan/batuk berkepanjangan/sesak nafas/Bronkitis/Asthma/Batuk Darah**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kelainan Psikologis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia, hemofilia atau kelainan darah lainnya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sakit Ginjal/ batu Ginjal/ saluran kemih/ prostat**
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Penyakit lain ? sebutkan :

* Kuesioner diisi oleh Dokter

** kuesioner diisi oleh Calon tertanggung

Tanda Tangan Calon Pemegang Polis

No SPAJ:00 0658412

Halaman 6 - 11

V.08.2018

2. Apakah Anda pernah mengalami gejala-gejala, diperiksa, menderita, mendapat pengobatan, disarankan untuk rawat inap, menjalani rawat inap untuk kelainan yang disebutkan di bawah ini :

Calon Tertanggung Utama (TU)

Ya Tidak

Calon Tertanggung Tambahan (TT)

Ya Tidak

Jika "Ya", mohon Calon Tertanggung memberi tanda "v" untuk setiap kelainan yang dimiliki dan mengisi Pertanyaan di bawah :

TU	TT		TU				TT					
			Pelipit	Tgl. Sakit	Nama, Alamat Dokter yg Merawat	Pelipit	Tgl. Sakit	Nama, Alamat Dokter yg Merawat				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a. Hepatitis A, Hepatitis B, Hepatitis C, Hepatitis D, Hepatitis E, Haid (selain Hepatitis) dan Kandung Empedu ?										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Usus, Pankreas, Wasir dan Organ Pencernaan lain ?										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Gejala, Batu Ginjal, Sakrum Keras dan Prostat ?										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Nyeri Dada, Jantung, Jantung Bawaan, Demam Rheuma, Pembuluh Darah dan Stroke ?										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. Payudara, Kandungian dan Indung Telur ?										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. Jalang, Penyakit Kulit, penyakit kelamin ?										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g. Mata, Telinga, Hidung, Tenggorokan (THT), Kelenjar Gondok/Tiroid, Sinus dan gangguan bicara ?										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h. Sakit Kepala, Migran, Pusing, Vertigo, Otak, Syaraf, Epilepsi, Ayan, Kejang, Pingan dan Kelumpuhan ?										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i. Polio, Gangguan pada anggota tubuh, Gangguan Persendian, Rematik, Kelainan pada Otak, Sphdi, Tulang ?										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j. Kecelakaan dan cedera berat berkepanjangan ?										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	k. Hemia ?										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	l. Kelainan Psikologis ?										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	m. Kencing Manis, Asam Urat, Kolesterol, Penyakit Endokrin / Hormon lainnya ?										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	n. Tuberkulosis (TBC), Gangguan Pernafasan, batuk berkepanjangan, sesak nafas, Bronkitis, Asthma, Batuk darah ?										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	o. AIDS & kondisi yang berhubungan dengan AIDS (demam, kelelahan, diare kronis, penurunan berat badan, sarawan yang lama sembuh, pembengkakan getah bening atau luka di kulit berulang & berkepanjangan yang tidak diketahui penyebabnya)?										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	p. Tumor/Kista/Benolan/pembengkakan/Kanker ?										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	q. Kelainan Darah, Tekanan Darah Rendah, Tekanan Darah Tinggi? Malaria ?										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	r. Cacat bawaan / kehilangan fungsi pada anggota tubuh ?										
		L. Mata	Tdk	Ya	Jika Ya,	Kanan	Kiri	Tdk	Ya	Jika Ya,	Kanan	Kiri
		Kaki										
		Tangan										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	s. Penyakit lain yang belum disebutkan?										

3. Pemakaian Anda menjalani atau dianjurkan melakukan pemeriksaan : Jantung, darah, air seni, rontgen, USG, CT Scan, Biopsi, Pemeriksaan penunjang atau diagnostik lainnya?

Calon Tertanggung Utama (TU)

Ya Tidak

Calon Tertanggung Tambahan (TT)

Ya Tidak

Jika "Ya" untuk pertanyaan nomor 3, mohon menjawab pertanyaan dibawah ini. (Apabila jawabannya melebihi kolom yang tersedia, mohon menuliskan jawabannya pada "Surat pernyataan untuk SPAJ" dan dilampirkan bersama SPAJ ini).

a. Jenis pemeriksaan

a. Jenis pemeriksaan

b. Alasan dilakukan pemeriksaan ?

b. Alasan dilakukan pemeriksaan ?

c. Tanggal dilakukan pemeriksaan

c. Tanggal dilakukan pemeriksaan

d. Bagaimana hasilnya ?

d. Bagaimana hasilnya ?

Bila ada, agar melampirkan hasilnya.

TU

TT

Ada dan dilampirkan pada SPAJ & SKK ini

Tidak ada/tidak disimpan lagi

Tanda Tangan Calon Pemegang Polis

No SPAJ: 000658412

Halaman 7 - 11

V.08.2018

4. a. Apakah Anda pernah atau sedang menggunakan obat-obatan terlarang, narkoba atau bahan adiktif lainnya ?

Calon Tertanggung Utama (TU) Ya Tidak **Calon Tertanggung Tambahan (TT)** Ya Tidak

b. Apakah ada obat-obatan lain yang di konsumsi?

Calon Tertanggung Utama (TU) Ya Tidak **Calon Tertanggung Tambahan (TT)** Ya Tidak

b.1. Bila ada mohon sebutkan jenisnya dan alasan penggunaannya

Calon Tertanggung Utama (TU) **Calon Tertanggung Tambahan (TT)**

5. Apakah Anda minum minuman beralkohol lebih dari 750 ml per minggu

Calon Tertanggung Utama (TU) Ya Tidak **Calon Tertanggung Tambahan (TT)** Ya Tidak

6. Apakah Anda Merokok ?

Calon Tertanggung Utama (TU) Ya Tidak **Calon Tertanggung Tambahan (TT)** Ya Tidak

a. Kalau "Ya", berapa batang sehari ? a. Kalau "Ya", berapa batang sehari ?

b. Sejak kapan mulai merokok ? - - b. Sejak kapan mulai merokok ? - -

7. Apakah Anda pernah memeriksakan pada dokter, dirawat di Rumah Sakit, Sanatorium atau tempat istirahat lain karena sakit (pemulihan) atau saat ini sedang mendapat pengobatan dokter dan mendapatkan obat yang dikonsumsi secara teratur ?

Calon Tertanggung Utama (TU) Ya Tidak **Calon Tertanggung Tambahan (TT)** Ya Tidak

Jika Anda menjawab "YA" mohon diisi pertanyaan berikut :

a. Nama Penyakit a. Nama Penyakit

b. Kapan berobat atau dirawat (bulan dan tahun) - b. Kapan berobat atau dirawat (bulan dan tahun) -

c. Berapa lama dirawat c. Berapa lama dirawat

d. Nama dan Dosis Obat d. Nama dan Dosis Obat

e. Nama Rumah Sakit /Dokter e. Nama Rumah Sakit /Dokter

8. Apakah Anda pernah mendapatkan luka berat atau dioperasi ?

Calon Tertanggung Utama (TU) Ya Tidak **Calon Tertanggung Tambahan (TT)** Ya Tidak

Jika "Ya" sebutkan :

a. Kapan dioperasi ? (bulan dan tahun) - a. Kapan dioperasi ? (bulan dan tahun) -

b. Operasi Apa ? b. Operasi Apa ?

c. Nama Rumah Sakit / Dokter yang mengoperasi ? c. Nama Rumah Sakit / Dokter yang mengoperasi ?

9. Sekarang ini merasa sehat

Calon Tertanggung Utama (TU) Ya Tidak **Calon Tertanggung Tambahan (TT)** Ya Tidak

a. Jika "Tidak" disebabkan karena apa ? a. Jika "Tidak" disebabkan karena apa ?

b. Apakah Anda dapat melakukan pekerjaan dengan baik ? Ya Tidak Ya Tidak

c. Jika "Tidak" sebutkan alasannya c. Jika "Tidak" sebutkan alasannya

Tanda Tangan Calon Pemegang Polis

No SPAJ:000658412 Halaman 8 - 11

10. Apakah Anda memiliki hobi atau sewaktu-waktu melakukan kegiatan yang berisiko tinggi atau Anda masih aktif dalam pekerjaan berisiko tinggi yang tersebut di bawah ini :

Calon Tertanggung Utama (TU)

Ya Tidak

- TU a. Menyelam
- b. Olahraga air selain menyelam
- c. Caving & Potholing
- d. Terjun Payung

Calon Tertanggung Tambahan (TT)

Ya Tidak

- TT e. Paralayang
- f. Panjat tebing/mendaki gunung
- g. Microlighting
- h. Balap motor / mobil

- TT i. Penerbangan
- j. Minyak dan Gas Bumi
- k. Pertambangan
- l. Angkatan Bersenjata

- TT m. Nelayan
- n. Kelautan
- lain-lain

11. Khusus untuk Tertanggung Perempuan :

a. Apakah Anda pernah melakukan pap smear ?

Calon Tertanggung Utama (TU)

Ya Tidak

- i. Jika "Ya", kapan pemeriksaan terakhir ?
- ii. Bagaimana hasilnya ?

Calon Tertanggung Tambahan (TT)

Ya Tidak

- i. Jika "Ya", kapan pemeriksaan terakhir ?
- ii. Bagaimana hasilnya ?

b. Apakah haid (menstruasi) Anda teratur dan tidak terganggu?

Ya Tidak

Ya Tidak

c. Apakah saat ini Anda dalam keadaan hamil ?

Ya Tidak

Ya Tidak

d. Apakah Anda pernah melahirkan ?

Ya Tidak

Ya Tidak

Jika "Ya" sudah berapa kali?

Jika "Ya" sudah berapa kali?

e. Apakah Anda pernah keguguran ?

Ya Tidak

Ya Tidak

i. Jika "Ya" sudah berapa kali ?

i. Jika "Ya" sudah berapa kali ?

ii. Pada kehamilan keberapa ?

ii. Pada kehamilan keberapa ?

f. Apakah Anda pernah melahirkan dengan cara operasi (sectio caesarea) ?

Ya Tidak

Ya Tidak

i. Jika "Ya" kapan dan jelaskan penyebabnya ?

i. Jika "Ya" kapan dan jelaskan penyebabnya ?

ii. Nama & alamat dokter/Rumah Sakit yang merawat.

ii. Nama & alamat dokter/Rumah Sakit yang merawat.

g. Apakah Anda pernah mengalami kesulitan/komplikasi pada saat hamil ataupun melahirkan?

Ya Tidak

Ya Tidak

i. Jika "Ya" kapan dan bagaimana kondisi saat itu ?

i. Jika "Ya" kapan dan bagaimana kondisi saat itu ?

ii. Nama dan alamat lengkap Dokter yang merawat ?

ii. Nama dan alamat lengkap Dokter yang merawat ?

iii. Jenis Perawatan yang diberikan ?

iii. Jenis Perawatan yang diberikan ?

PERNYATAAN CALON PEMEGANG POLIS

(Harap dibaca dengan teliti sebelum menandatangani SPAJ dan SKK ini dan mohon agar tidak menandatangani SPAJ ini dalam keadaan kosong, karena dapat merugikan anda sendiri)

Dengan ini saya/kami sebagai Calon Pemegang Polis dan atau Calon Tertanggung Utama dan Calon Tertanggung Tambahan dan atau Calon Pembayar Premi atas nama sendiri dengan ini menyatakan dan menyetujui :

1. Seluruh keterangan, informasi dan pernyataan yang tertulis di dalam SPAJ dan SKK serta dokumen lainnya sebagai dokumen pendukung SPAJ ini telah saya berikan sesuai dengan apa yang saya ketahui secara lengkap dan benar, dan akan menjadi dasar dari ketentuan-ketentuan dalam Polis.
2. Semua keterangan, isian yang telah saya sampaikan kepada PT Asuransi Jiwasraya (Persero) dan telah saya tuliskan di dalam SPAJ dan SKK ini adalah benar adanya tanpa ada hal-hal lain yang saya sembunyikan, tanpa ada tekanan ataupun paksaan dari siapapun juga dan saya buat dalam keadaan sadar.
3. Dalam hal SPAJ dan SKK ini ditulis oleh Agen penutup adalah semata-mata membantu saya untuk mempercepat proses penutupan asuransi ini yang didasarkan atas keinginan dari saya, seluruh isian yang tercantum didalamnya sudah saya ketahui kebenarannya sebelum saya tandatangi karena seluruh jawaban yang tertulis dalam SPAJ dan SKK tersebut berasal dari informasi saya kepada Agen Penutup yang bersangkutan.
4. Tunduk dan mengikat diri pada ketentuan-ketentuan dalam Syarat-syarat Umum Polis Asuransi dan Ketentuan Khusus Polis Asuransi PT Asuransi Jiwasraya (Persero).
5. Seluruh Transaksi yang dilakukan pada PT Asuransi Jiwasraya (Persero) berdasarkan SPAJ ini tidak berasal dari tindak pidana pencucian uang (money laundering) sebagaimana dimaksud Undang-undang No. 25 Tahun 2003 Tentang Tindakan Pidana Pencucian Uang sebagaimana telah diubah dengan Undang-undang No. 8 Tahun 2010 tentang Pencegahan dan Pemberantasan Tindak Pidana Pencucian Uang. Apabila ada indikasi pelanggaran atas undang-undang dimaksud, maka PT Asuransi Jiwasraya (Persero) akan melaksanakan kewajibannya sesuai dengan ketentuan yang berlaku, termasuk melakukan kewajiban pelaporan atas transaksi keuangan yang merugikan.

Tanda Tangan Calon Pemegang Polis

No SPAJ: 000658412

Halaman 9 - 11

6. Telah mendapatkan penjelasan secara keseluruhan dari Agen Penutup dan selanjutnya mengerti dan menerima (khusus produk Pro Mapan & Pro Idaman) mengenai :
- Unit awal akan dibentuk dalam Polis berdasarkan harga unit yang akan ditentukan pada tanggal perhitungan berikutnya pada tanggal Polis di terbitkan
 - Apabila Unit yang terbentuk dari Premi Regular di tahun ke-1 tidak mencukupi untuk membayar Biaya Asuransi dan Administrasi, maka kekurangan pembayaran tersebut dinyatakan sebagai biaya terhutang yang akan diperhitungkan dari unit yang terbentuk dari Premi Regular, Top Up Premi Regular dan Top Up Premi Single (jika ada) sejak bulan ke 13.
 - Pertanggungungan dan atau Polis menjadi batal apabila keterangan, pernyataan atau pemberitahuan yang disampaikan kepada PT Asuransi Jiwasraya (Persero) ternyata tidak benar atau keliru yang sifatnya sedemikian rupa sehingga pertanggungungan dan/atau Polis tidak akan diadakan atau tidak diadakan dengan syarat-syarat yang sama bila PT Asuransi Jiwasraya (Persero) mengetahui keadaan yang sesungguhnya tersebut;
 - Adanya biaya Pembelian Unit sebesar 5 % yang dikenakan sehubungan dengan dibayarkannya Premi Regular, Premi Single, Top Up Premi Regular dan Top Up Premi Single
 - Adanya Biaya Asuransi bulanan yang besarnya tergantung dari besarnya Uang Asuransi Dasar dan Uang Asuransi Tambahan (jika ada), Usia Tertanggung, Jenis Kelamin Tertanggung, Merokok atau tidaknya Tertanggung, Kelas Pekerjaan, Kesehatan Tertanggung dan ditambah Biaya Administrasi Bulanan.
 - Segala resiko pemilihan jenis alokasi investasi menjadi tanggung jawab saya/kami;
 - Seluruh Manfaat Asuransi hanya dapat diberikan jika seluruh Biaya Asuransi dipenuhi
 - Manfaat Asuransi Dasar dan Asuransi Tambahan termasuk syarat-syarat dan pengecualian yang tercantum dalam Polis Asuransi
7. Saya mengerti dan telah mendapat penjelasan mengenai :
- Pertanggungungan akan dimulai sejak Tanggal Berlakunya Polis yang tertera pada Polis atau dalam Perubahan Polis (lampiran/Klasur Polis) dengan ketentuan bahwa Premi pertama telah dilunasi;
 - Bahwa saya dapat membatalkan maksud saya untuk mempertanggungungkan diri Tertanggung berdasarkan polis yang akan diterbitkan oleh PT Asuransi Jiwasraya (Persero) dengan mengembalikan Polis yang saya terima dalam jangka waktu 10 (sepuluh) hari kerja sejak tanggal Polis saya terima. Apabila terdapat Pengembalian Premi pertama, mohon ditransfer ke rekening saya :
 Nama Pemilik Rekening* :
 Nomor Rekening :
 Nama Bank :
 Cabang / Unit :
 Kota :
 * Rekening Bank harus atas nama Pemegang Polis / Pembayar Premi.
 - Untuk setiap penarikan sebelum 3 (tiga) tahun, akan dikenakan pajak penghasilan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan atas kelebihan Nilai Tunai terhadap total Premi yang dibayarkan, kecuali ditentukan lain berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
8. Bahwa semua data Calon Pemegang Polis maupun Calon Tertanggung yang tercantum di dalam Surat Permintaan Asuransi Jiwa dan seluruh data yang ada, dikemudian hari dapat dipergunakan oleh PT Asuransi Jiwasraya (Persero) untuk membenarkan pelayanan atas SPAJ dan/atau Polis setelah diterbitkan dan memberi informasi produk terbaru dan informasi terkait lainnya.
9. Memberi kuasa kepada dokter, klinik / laboratorium, Rumah Sakit, perusahaan asuransi, badan hukum, instansi lain, organisasi lain atau perorangan, yang memiliki catatan atau mengetahui keadaan atau riwayat kesehatan saya atau suami/istri atau putra/putri saya, riwayat pengobatan atau perawatan di rumah sakit, untuk memberitahu kepada PT Asuransi Jiwasraya (Persero) atau yang ditunjuk oleh PT Asuransi Jiwasraya (Persero). Kuasa ini tidak berakhir dengan sebab apapun, termasuk meninggalnya saya/kami maupun sebab-sebab yang disebutkan dalam Pasal 1813, 1814 dan 1816 Kitab Undang-undang Hukum Perdata Indonesia.

PERNYATAAN KHUSUS PEMBENTUKAN UNIT PREMI PERTAMA (JS PRO MAPAN DAN JS PRO IDAMAN)

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca dan menyetujui Pernyataan Khusus Pembentukan Unit Premi pertama di bawah ini :

- Harga Unit yang digunakan pada Premi Pertama akan terbentuk setelah diterimanya SPAJ lengkap, teridentifikasinya seluruh pembayaran Premi pertama di Kantor Pusat oleh Penanggung. Tanggal Perhitungan Harga Unit adalah Tanggal Perhitungan berikutnya setelah diterimanya SPAJ lengkap, teridentifikasinya seluruh pembayaran Premi pertama di Kantor Pusat atau data SPAJ telah dientry melalui sistem, mana yang paling akhir.
 - Saya tidak dapat mengajukan perubahan besar Premi, Jenis Dana Investasi dan Alokasi Dana Investasi sebelum Polis terbit.
 - Jika pengajuan asuransi saya dikenakan keputusan substandar dan terdapat perubahan besar maupun komposisi Premi, maka Tanggal Perhitungan Harga Unit menjadi Tanggal Perhitungan berikutnya setelah diterimanya surat persetujuan keputusan substandar atas SPAJ ini atau teridentifikasinya seluruh pembayaran Premi pertama di Kantor Pusat, mana yang paling akhir.
 - Pembayaran Premi Pertama untuk pembentukan Unit dilakukan melalui mekanisme Host To Host.
 Penanggung tidak menanggung selisih harga unit yang terbentuk jika pembayaran Premi pertama dilakukan selain dari yang disebutkan di butir ini.
 - Untuk pembayaran Premi lanjutan, Tanggal Perhitungan Harga Unit untuk Premi Lanjutan adalah tanggal Perhitungan berikutnya setelah Premi lanjutan tersebut teridentifikasi di Kantor Pusat atau tanggal Polis terbit, mana yang paling akhir.
- Mohon ditandatangani sesuai kartu identitas diri yang dilampirkan. Tanda tangan ini akan menjadi spesimen tanda tangan Anda selanjutnya.

Ditandatangani di : Tanggal - -

Tanda tangan Calon Pembayar Premi
(Jika berbeda dengan calon Pemegang Polis)

Tanda tangan Calon Tertanggung Utama

Tanda tangan Calon Pemegang Polis

TTD

TTD

TTD

Nama Jelas

Nama Jelas

Nama Jelas

Data harus diisi secara lengkap, bila tidak lengkap maka SPAJ ini tidak di proses

No SPAJ: 000658412

Halaman 10 - 11

V.08.2018

PERNYATAAN/LAPORAN AGEN PENUTUP

No Agen Penutup [] - []	Nama Agen Penutup []
No Lisensi []	No. Telp./ HP Agen Penutup []

Dengan ini, saya menyatakan bahwa :

Saya mengenal Calon Pemegang Polis selama : < 1 tahun 1 - 2 tahun 3 - 5 tahun > 5 tahun

sebagai : Keluarga Teman referensi Lainnya

Calon Tertanggung Utama selama : < 1 tahun 1 - 2 tahun 3 - 5 tahun > 5 tahun

sebagai : Keluarga Teman referensi Lainnya

Calon Tertanggung Tambahan selama : < 1 tahun 1 - 2 tahun 3 - 5 tahun > 5 tahun

sebagai : Keluarga Teman referensi Lainnya

Calon Pembayar Premi selama : < 1 tahun 1 - 2 tahun 3 - 5 tahun > 5 tahun

sebagai : Keluarga Teman referensi Lainnya

1. Semua keterangan yang terdapat di SPAJ ini adalah semata-mata keterangan yang diberikan oleh Calon Pemegang Polis dan/ atau Calon Tertanggung Utama dan/ atau Calon Tertanggung Tambahan dan/ atau Calon Pembayar Premi, saya tidak menyembunyikan informasi atau keterangan apapun yang telah diberikan oleh Calon Pemegang Polis dan/ atau Calon Tertanggung Utama dan/ atau Calon Tertanggung Tambahan dan/ atau Calon Pembayar Premi yang dapat mempengaruhi penerimaan SPAJ ini.
2. Saya telah menerangkan semua isi butir pernyataan di SPAJ dengan jelas dan menjelaskan informasi/ keterangan mengenai produk asuransi dan manfaatnya sesuai dengan Syarat Umum Polis dan/atau Syarat-Syarat Umum Polis dan Ketentuan Khusus Polis Asuransi Dasar maupun Asuransi Tambahan, termasuk menjelaskan bahwa jawaban yang tidak benar pada pengisian SPAJ akan berakibat klaim tidak dibayarkan serta berakibat batalnya polis.
3. Dalam hal saya membantu calon pemegang polis dan atau Calon tertanggung mengisi SPAJ dan SKK ini adalah semata-mata membantu berdasarkan keinginan dan permintaan calon pemegang polis dan atau Calon tertanggung untuk mempercepat proses penutupan asuransi, dimana seluruh isian yang tercantum didalamnya sudah saya konfirmasi kebenarannya kepada calon pemegang polis dan atau calon tertanggung sebelum SPAJ dan SKK ini ditandatangani oleh calo pemegang polis dan atau tertanggung.
4. Calon Pemegang Polis, Calon Tertanggung, Calon Pembayar Premi adalah benar seorang yang berkepribadian baik dan jujur dalam segala urusan.
5. Saya telah bertemu dan melihat secara langsung kondisi terakhir Calon Tertanggung Utama dan/ atau Calon Tertanggung Tambahan pada saat SPAJ ini diisi dan ditandatangani serta mengecek kebenaran dan kelengkapan pengisiannya.
6. Apakah Calon Tertanggung dalam keadaan sehat sewaktu mengisi SPAJ ini

Calon Tertanggung Utama (TU)	Calon Tertanggung Tambahan (TT)
<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
7. Apakah premi yang dibayar sudah sesuai dengan kondisi keuangan Calon Pemegang Polis atau Calon Pembayar Premi untuk kelangsungan polis yang diajukan.
 Ya Tidak
8. Pada awalnya yang memulai proses penutupan/ closing asuransi jiwa ini adalah
 Calon Pemegang Polis Calon Tertanggung Utama Calon Pembayar Premi Agen Penutup Lainnya : sebutkan

Ditandatangani di : _____ Tanggal [] - [] - []

Tanda Tangan Agen Penutup

TTD

.....
Nama jelas

Data harus diisi secara lengkap bila tidak lengkap maka SPAJ ini tidak diproses

Telah diperiksa oleh :

<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">Kasi Operasional</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">TTD</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">.....</td></tr> </table>	Kasi Operasional	TTD	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">Kasi Pertanggung</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">TTD</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">.....</td></tr> </table>	Kasi Pertanggung	TTD
Kasi Operasional							
TTD							
.....							
Kasi Pertanggung							
TTD							
.....							

SPECIMEN TANDA TANGAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

NAMA :
 NO. KTP :
 ALAMAT :

Merupakan Pemegang Polis PT. Asuransi Jiwasraya (Persero) dengan data kepesertaan sebagai berikut :

NO. POLIS :
 MACAM ASURANSI :

Dengan ini memberikan contoh/specimen tanda tangan saya sebagai berikut :

Tanda Tangan sesuai pada KTP	Tanda Tangan Sesuai dengan SPAJ
Tanda Tangan Sesuai pada KTP	Tanda Tangan Sesuai dengan SPAJ

Demikian specimen ini saya buat dalam keadaan yang sebenar-benarnya.

.....20.....

(.....)

Tanda tangan dan Nama jelas



PT. ASURANSI JIWasRAYA (PERSERO)
 Jl. Ir. H. Juanda No. 34 Jakarta 10120 – Indonesia
 Fax. (021) 3862344, 34831670, Email : asuransi@jiwasraya.co.id

CALL 021 1500151

www.jiwasraya.co.id

SURAT KUASA PENDEBETAN REKENING

MOHON UNTUK DIISI DENGAN MENGGUNAKAN TINTA HITAM, HURUF KAPITAL DAN JELAS
 JIKA TERJADI SALAH PENULISAN SURAT KUASA INI, JANGAN DIHAPUS TETAPI DI CORET DAN DI KOREKSI DENGAN DIBUBUHKAN TANDA TANGAN OLEH PEMBERI KUASA
 KEPERHASIAN DATA NASABAH DIAMIN OLEH PT. ASURANSI JIWasRAYA (PERSERO).
 PT ASURANSI JIWasRAYA (PERSERO) TERDAFTAR DAN DIAWASI OLEH OTORITAS JASA KEUANGAN

Persyaratan / Dokumen yang harus diserahkan :

1. Formulir surat kuasa pendebitan asli yang telah diisi lengkap dan jelas
2. Foto copy KTP Pemegang Polis dan pemilik Rekening
3. Foto copy Buku Tabungan Halaman Pertama

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama Lengkap :

No KTP/SIM/Paspor :

Nama Bank Penerbit Rekening Tabungan :

BNI MANDIRI BRI

Penandatanganan surat kuasa pendebitan rekening tersebut di atas untuk selanjutnya disebut sebagai "PEMBERI KUASA" adalah sebagai pemilik rekening tabungan :

Nama Pemegang Rekening :

Nomor Rekening Tabungan :

Dengan ini Saya (Pemilik Rekening Tabungan) memberikan kuasa kepada PT. Asuransi Jiwasraya (Persero) untuk melakukan pendebitan atas rekening tabungan saya, sehubungan dengan pembayaran premi polis tersebut dibawah ini :

Nomor Polis : Hubungan :

Nama Pemegang Polis :

Alamat Pemegang Polis saat ini (Wajib diisi untuk Pengiriman Status Pembayaran)

Alamat Lengkap :

RT/RW : NO : KODE POST :

Kelurahan / Desa : Kecamatan :

Kota : Propinsi :

Telepon Rumah (termasuk Kode Wilayah) :

Handphone (wajib diisi untuk SMS notifikasi) :

Email (wajib diisi untuk Pengiriman Status Pembayaran) :

Media Korespondensi : SURAT ^{* Dikenakan Biaya Ekspedisi} EMAIL SMS

➤ Biaya materai menjadi tanggung jawab pemilik rekening dan / atau pemegang polis sesuai dengan jumlah premi.

➤ Apabila Polis yang Ingin didebet lebih dari 1 (satu) polis, agar dibuat dalam daftar tersendiri dan ditandatangani. Daftar merupakan lampiran yang tidak terpisahkan dari surat kuasa ini

KHUSUS

Pemberi kuasa dengan ini menyatakan telah menyetujui surat kuasa ini dan memberikan kuasa penuh kepada PT Asuransi Jiwasraya (Persero) sebagaimana isi informasi dalam surat kuasa ini

Ditandatangani di : / /

Tanda Tangan Pemberi Kuasa

PT ASURANSI JIWasRAYA (PERSERO)
 Svc. Evaluasi Penjualan dan Inkaso KanWil /
 Svc. Ops dan Penjualan KanCab

Ttd dan materai Rp 6000,-

Nama Lengkap

Nama Lengkap

Lampiran 5 : Surat Penyerahan Polis

Tanda Terima Page 1 of 1

(117)

ISLAM

Kepada Yth.
Bapak/Ibu PONIEM, S.PD.
PERUM MARGOREJO ASRI BLOK P19 RT.02 RW.30
MARGOREJO TEMPEL
SLEMAN - DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA

YOGYAKARTA, 24 MEI 2019

Dengan Hormat,

Penhal : **PENGANTAR POLIS / TANDA TERIMA**

Dengan bangga bersama ini kami kirimkan Polis Asuransi Jiwa Nomor PE - 002443141 tanggal 24/05/2019 dengan spesifikasi sbb :

· Pemegang Polis	: PONIEM , S.PD.
· Tertanggung	: PONIEM , S.PD.
· Macam Asuransi	: JS PROMAPAN
· Mulai Asuransi	: 24/05/2019
· Nomor SPAJ	: 00000000
· Masa Asuransi	: 42 Tahun, 0 Bulan
· Masa Pembayaran Premi	: 42 Tahun, 0 Bulan
· Jumlah Uang Asuransi	: Rp 80.000.000,00
· Premi Sebesar	: Rp 350.000,00 dibayar secara BULANAN

Mohon kiranya Bapak/Ibu mencocokkan data yang tercantum dalam polis dan mempelajari Syarat-syarat Umum Polis Asuransi Jiwa Perorangan yang tercantum di halaman dalam polis yang merupakan bagian dan satu kesatuan yang tidak terpisahkan dari polis.


Apabila dalam tenggang waktu 14 (empat belas) hari sejak diterimanya surat ini, kami tidak menerima pemberitahuan dari Bapak/Ibu, maka kami menganggap dan menyatakan bahwa Bapak/Ibu memahami dan menyetujui segala sesuatu yang tercantum dalam polis terlampir.

Mohon Bapak/Ibu simpan dan pelihara polis ini dengan baik, dan jika hilang mohon segera dibentahkan kepada kami untuk dibuat polis duplikat.

Catatan:	Biaya Polis duplikat I	Rp. 100.000,00
	Biaya Polis duplikat II	Rp. 200.000,00
	Biaya Polis duplikat III	Rp. 300.000,00

PT. ASURANSI JIWASRAYA (Persero)
KANTOR CABANG YOGYAKARTA KOTA
JL. I DEWA NYOMAN OKA NO. 12
YOGYAKARTA

Kepada Yth.
PT. ASURANSI JIWASRAYA (Persero)
KANTOR CABANG YOGYAKARTA KOTA
JL. I DEWA NYOMAN OKA NO. 12
YOGYAKARTA

Tanggal
Diterima dan disetujui :

Pemegang Polis/Tertanggung

http://192.168.2.23/jiwasraya/polis/tanda_terima.php?prefixpertanggung=PE&nope... 24/05/2019

Lampiran 6 : Contoh Isi Polis

Tanda Terima Page 1 of 1

(117)

Kepada Yth.
Bapak/Ibu **PONIJEM, S.PD.** YOGYAKARTA, 24 MEI 2019
PERUM MARGOREJO ASRI BLOK P19 RT.02 RW.30
MARGOREJO TEMPEL
SLEMAN - DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA

Dengan Hormat,

Perihal: **PENGANTAR POLIS / TANDA TERIMA**

Dengan bangga bersama ini kami kirimkan Polis Asuransi Jiwa Nomor PE - 002443141 tanggal 24/05/2019 dengan spesifikasi sbb :

- . Pemegang Polis : **PONIJEM, S.PD.**
- . Tertanggung : **PONIJEM, S.PD.**
- . Macam Asuransi : **JS PROMAPAN**
- . Mulai Asuransi : **24/05/2019**
- . Nomor SPAJ : **00000000**
- . Masa Asuransi : **42 Tahun, 0 Bulan**
- . Masa Pembayaran Premi : **42 Tahun, 0 Bulan**
- . Jumlah Uang Asuransi : **Rp. 80,000,000.00**
- . Premi Sebesar : **Rp 350,000.00 dibayar secara BULANAN**

Mohon kiranya Bapak/Ibu mencocokkan data yang tercantum dalam polis dan mempelajari Syarat-syarat Umum Polis Asuransi Jiwa Perorangan yang tercantum di halaman dalam polis yang merupakan bagian dan satu kesatuan yang tidak terpisahkan dari polis.


Apabila dalam tenggang waktu 14 (empat belas) hari sejak diterimanya surat ini, kami tidak menerima pemberitahuan dari Bapak/Ibu, maka kami menganggap dan menyatakan bahwa Bapak/Ibu memahami dan menyetujui segala sesuatu yang tercantum dalam polis terlampir.

Mohon Bapak/Ibu simpan dan pelihara polis ini dengan baik, dan jika hilang mohon segera diberitahukan kepada kami untuk dibuat polis duplikat.

Catatan :	Biaya Polis duplikat I	Rp. 100.000,00
	Biaya Polis duplikat II	Rp. 200.000,00
	Biaya Polis duplikat III	Rp. 300.000,00

PT. ASURANSI JIWASRAYA (Persero)
KANTOR CABANG YOGYAKARTA KOTA
JL. I DEWA NYOMAN OKA NO. 12
YOGYAKARTA

Kepada Yth,
PT. ASURANSI JIWASRAYA (Persero)
KANTOR CABANG YOGYAKARTA KOTA
JL. I DEWA NYOMAN OKA NO. 12
YOGYAKARTA

Tanggal
Diterima dan disetujui :

Pemegang Polis/Tertanggung

http://192.168.2.23/jiwasraya/polis/tanda_terima.php?prefixpertanggung=PE&nope... 24/05/2019

**KETENTUAN KHUSUS POLIS ASURANSI DASAR
JS PRO MAPAN
PT ASURANSI JIWASRAYA (PERSERO)**

Ketentuan Khusus Polis Asuransi Dasar ini merupakan bagian yang melekat dan tidak terpisahkan dari Polis Asuransi Dasar.

**PASAL I
ARTI DAN ISTILAH**

Dalam Ketentuan Khusus Polis Asuransi Dasar ini yang dimaksud dengan :

1. **Kecelakaan** : adalah suatu peristiwa yang mengandung unsur kekerasan, baik yang bersifat fisik maupun bersifat kimia, yang datangnya dari luar terhadap badan Tertanggung tanpa disengaja dan tidak diduga sebelumnya yang menyebabkan Tertanggung seketika itu menderita cedera jasmani atau cedera dalam tubuh yang sifat dan tempatnya dapat ditentukan oleh Dokter. Dalam pengertian Kecelakaan termasuk pula masuknya kuman-kuman Penyakit, pada saat Kecelakaan terjadi atau kemudian ke dalam luka yang diakibatkan oleh Kecelakaan yang sifat dan luka tersebut ditentukan secara ilmu kedokteran.
2. **Penyakit** : adalah kondisi fisik yang ditandai dengan penyimpangan/kelainan *pathologis* dari keadaan sehat yang normal.

**PASAL 2
KETENTUAN PRODUK**

Produk JS Pro Mapan memiliki ketentuan sebagai berikut :

1. Cara bayar premi Produk JS PRO MAPAN ditetapkan secara berkala / *regular* :
 - Bulanan
 - Tahunan
2. Top Up Premi *Regular* bersifat wajib.
3. Minimum premi bulanan sebesar Rp.350.000,00 (Tiga ratus lima puluh ribu rupiah) terdiri dari Premi *Regular* ditambah Top Up Premi *Regular*.
Komposisi Top Up Premi *Regular* adalah 30% (tiga puluh perseratus) dari Premi bulanan.
4. Minimum premi tahunan sebesar Rp.4.200.000,00 (Empat juta dua ratus ribu rupiah) terdiri dari Premi *Regular* ditambah Top Up Premi *Regular*.
Komposisi Top Up Premi *Regular* adalah 30% (tiga puluh perseratus) dari Premi tahunan.

Cara Bayar	Minimum Premi	Minimum Premi <i>Regular</i>	Top Up Premi <i>Regular</i>
• Bulanan	Rp. 350.000,00	Rp. 245.000,00	30% x Premi Bulanan
• Tahunan	Rp. 4.200.000,00	Rp. 2.940.000,00	30% x Premi Tahunan

5. Top Up Premi *Regular* dibayarkan bersamaan dengan pembayaran Premi *Regular* Asuransi Dasar.

6. *Top Up Premi Single*
 - Pemegang Polis setiap saat dapat melakukan penambahan Dana Investasi atau *Top Up* dengan ketentuan Polis dalam keadaan aktif (*inforce*).
 - *Top Up Premi Single* dapat dilakukan dengan jumlah yang berbeda beda, minimum sebesar Rp.1.000.000,- (satu juta rupiah).
 - Maksimum tidak ada batasan.
7. Pengalihan Dana Investasi, dapat dilakukan oleh Pemegang Polis setelah Polis berjalan lebih dari 1 (satu) tahun dengan 2 (dua) cara, yaitu :
 - a) *Apportionment*, dimana Pemegang Polis dapat melakukan perubahan komposisi jenis alokasi, investasi dengan ketentuan Pemegang Polis sebelumnya harus melakukan *Top Up Premi Single*.
 - b) *Switching*, dimana Pemegang Polis dapat melakukan pemindahan seluruh Dana Investasi dari satu jenis alokasi ke jenis alokasi yang lain, tanpa mengubah komposisi jenis alokasi.

PASAL 3 BIAYA-BIAYA

Dengan tetap memperhatikan ketentuan Pasal 17 Syarat-Syarat Umum Polis JS Pro Mapan, biaya-biaya yang dikenakan terhadap Polis produk ini adalah sebagai berikut :

1. Biaya Akuisisi

Biaya Akuisisi Premi *Regular* Asuransi Dasar akan dikenakan mulai dari tahun ke 1 (satu) sampai dengan tahun ke 5 (lima), dengan rincian sebagai berikut :

Tahun ke	Alokasi Biaya	
	(% dari Premi Regular Asuransi Dasar)	
1	90%	
2	50%	
3	40%	
4	30%	
5	10%	
6 dst	0%	

2. Biaya Asuransi, yaitu :

- a. Biaya Asuransi Dasar (*Cost of Insurance*).
- b. Biaya Asuransi Tambahan (*Cost of Rider*).

Besarnya Biaya Asuransi atas Pertanggungungan ini ditentukan berdasarkan Usia Tertanggung dari waktu ke waktu, Jenis Kelamin Tertanggung, Besarnya Uang Asuransi yang dipilih, Kondisi Kesehatan Tertanggung, Pekerjaan Tertanggung dan Hobi dan/atau kebiasaan Tertanggung.

Biaya Asuransi dibebankan kepada Pemegang Polis selama Masa Asuransi dan dimulai dari bulan pertama sejak Tanggal Berlaku Polis. Biaya Asuransi bulan ke-1 sampai bulan ke-12 akan ditangguhkan dan kemudian dibebankan bersamaan dengan Biaya Asuransi mulai bulan ke-13 hingga bulan ke-24 sejak Tanggal Berlaku Polis, dan untuk bulan ke-25 sampai akhir Masa Asuransi Biaya Asuransi dibebankan setiap bulan.

3. Biaya Administrasi

Sebesar Rp.27.500,00 (dua puluh tujuh ribu lima ratus rupiah) per bulan diambil dari Nilai Investasi.

Biaya Administrasi dibebankan kepada Pemegang Polis selama Masa Asuransi dan dimulai dari bulan pertama sejak Tanggal Berlaku Polis. Biaya Administrasi bulan ke-1 sampai bulan ke-12 akan ditangguhkan dan kemudian dibebankan bersamaan dengan Biaya Administrasi mulai bulan ke-13 hingga bulan ke-24 sejak Tanggal Berlaku Polis, dan untuk bulan ke-25 sampai akhir Masa Asuransi Biaya Administrasi dibebankan secara normal yaitu sebesar Rp.27.500,00 (dua puluh tujuh ribu lima ratus rupiah) per bulan.

4. Biaya Top Up (Penambahan Dana)

Biaya Top Up (Penambahan Dana) dikenakan sebesar 5% (lima persen) dari setiap jumlah *Top Up* Premi *Regular* dan *Top Up* Premi *Single* yang dibayarkan.

5. Biaya Pengelolaan Investasi (*Investment Management Fee*)

Sebesar maksimal 2% (dua persen) per tahun yang dikenakan pada setiap jenis investasi yang dihitung secara harian terhadap Nilai Aktiva Bersih harian yang dibayarkan setiap bulan.

6. Biaya Pengalihan Dana (*Switching Fund*)

Tidak dikenakan biaya apapun apabila Pengalihan Dana dilakukan maksimal 2 (dua) kali dalam setahun. Namun apabila melebihi 2 (dua) kali dalam setahun, maka akan dikenakan biaya sebesar 1% (satu persen) untuk setiap transaksi.

7. Biaya Pembatalan Polis

Sebesar Rp.150.000,00 (seratus lima puluh ribu rupiah) apabila Pemegang Polis membatalkan Polisnya dalam *freelook provision* yaitu 14 (empat belas) hari kalender sejak Polis diterima oleh Pemegang Polis.

PASAL 4 MANFAAT ASURANSI

(1) Manfaat Asuransi pada Polis ini terdiri dari :

a. Manfaat Investasi

- a.1. Penanggung akan membayarkan sejumlah Nilai Investasi, apabila Pemegang Polis melakukan penarikan sebagian dana (*Withdrawal*) atau seluruh dana/Penebusan Polis (*Surrender*).
- a.2. Penanggung akan membayarkan saldo Nilai Investasi setelah dikurangi biaya-biaya (apabila ada), apabila Polis dinyatakan batal oleh Penanggung.

b. Manfaat meninggal dunia

Dengan tetap memperhatikan Pasal 3 ayat (1) dan ayat (2) Syarat-syarat Umum Polis JS Pro Mapan, Penanggung akan membayarkan Manfaat Meninggal Dunia atas Polis ini dengan ketentuan sebagai berikut :

- b.1. Dalam hal Tertanggung meninggal Dunia dalam Masa Asuransi, Penanggung akan membayar manfaat Uang Asuransi ditambah dengan seluruh Saldo Nilai Investasi kepada Penerima Manfaat Asuransi. Besarnya Saldo Nilai Investasi yang dimaksud didasarkan pada perhitungan Harga Unit pada saat klaim disetujui.
- b.2. Dalam hal Pasal 3 ayat (2) Syarat-syarat Umum Polis JS Pro Mapan, maka Penanggung tidak berkewajiban untuk membayar Uang Asuransi dan mengembalikan seluruh Premi yang telah dibayarkan, melainkan hanya seluruh Saldo Nilai Investasi kepada Penerima

Manfaat Asuransi. Besarnya Saldo Investasi yang dimaksud didasarkan kepada perhitungan Harga Unit pada saat klaim tidak disetujui.

c. Manfaat akhir Masa Asuransi (*maturity*)

Apabila Tertanggung hidup sampai akhir Masa Asuransi, maka Penanggung akan membayar Manfaat Investasi berupa seluruh Saldo Nilai Investasi pada tanggal berakhirnya Masa Asuransi.

- (2) Manfaat Asuransi akan dibayarkan oleh Penanggung setelah dikurangi terlebih dahulu dengan kewajiban-kewajiban lainnya, apabila ada.
- (3) Ketentuan *Lien Clause* untuk *Juvenile* atau Tertanggung dengan usia masuk 6 (enam) bulan s.d. 4 (empat) tahun, Manfaat Meninggal Dunia dibayarkan mengikuti ketentuan-ketentuan sebagai berikut:

Tahun Polis ke-t	Usia Masuk (x)				
	0 tahun	1 tahun	2 tahun	3 tahun	4 tahun
0	10% UA	20% UA	40% UA	60% UA	80% UA
1	20% UA	40% UA	60% UA	80% UA	100% UA
2	40% UA	60% UA	80% UA	100% UA	
3	60% UA	80% UA	100% UA		
4	80% UA	100% UA			
5	100% UA				

*) UA = Uang Asuransi

**PASAL 5
MULAI BERLAKUNYA
PERJANJIAN ASURANSI**

- (1) Tanpa mengurangi ketentuan Pasal 3 Syarat-Syarat Umum Polis JS Pro Mapan, perjanjian Asuransi berdasarkan Polis dari Pemegang Polis mulai berlaku sejak Tanggal Berlaku Polis yang tertera pada Polis atau dalam Perubahan Polis (Lampiran/Klausula Polis) dengan ketentuan bahwa Premi Pertama telah dilunasi.
- (2) Polis tidak dapat diubah, ditambah atau dikurangi oleh siapapun selain atas persetujuan Pemegang Polis dan Penanggung, kecuali diatur lain di dalam Syarat-Syarat Umum Polis JS Pro Mapan ini atau di dalam ketentuan-ketentuan lainnya yang merupakan lampiran yang tak terpisahkan dari Polis.

**PASAL 6
PERSYARATAN UNTUK MENERIMA MANFAAT ASURANSI**

- (1) Untuk kepentingan pembayaran Manfaat Asuransi, Penanggung berhak meminta agar kepada Penanggung diserahkan terlebih dahulu Polis asli atau dokumen lainnya yang diperlukan.
- (2) Bukti-bukti yang diperlukan untuk menerima Manfaat Asuransi adalah:
 - a. Jika Tertanggung mengajukan klaim Manfaat Investasi.
 - Pemegang Polis mengisi dan menandatangani formulir pengajuan klaim dengan melampirkan:
 - a.1. Polis yang bersangkutan (khusus untuk Penebusan Polis);

- a.2. Fotokopi Tanda Bukti diri dari Pemegang Polis.
- b. Jika Tertanggung meninggal dunia dalam masa Asuransi.
- Penerima Manfaat Asuransi (sesuai urutannya) mengisi dan menandatangani formulir pengajuan klaim dengan melampirkan:
- b.1. Polis yang bersangkutan;
 - b.2. Asli Surat Keterangan meninggal dunia yang dikeluarkan Instansi Pemerintah yang berwenang;
 - b.3. Asli Surat Keterangan sebab meninggal dunia yang dikeluarkan oleh Dokter yang memeriksa jenazah atau yang merawat Tertanggung;
 - b.4. Asli Berita Acara Kecelakaan dari Kepolisian apabila Tertanggung meninggal dunia yang disebabkan oleh suatu Kecelakaan;
 - b.5. Asli Surat Keterangan Dokter / Rumah Sakit tentang penyebab meninggalnya Tertanggung dan asli Surat Keterangan Kematian dari pihak yang berwenang yang telah dilegalisir oleh Konsulat Jendral RI setempat, apabila Tertanggung meninggal dunia di luar negeri;
 - b.6. Fotokopi Tanda Bukti Diri dari Penerima Manfaat Asuransi dan Tertanggung;
 - b.7. Surat Pernyataan dari Pemegang Polis atau ahliwaris Tertanggung mengenai kesanggupan menandatangani Surat Kuasa kepada Penyedia Layanan Kesehatan bagi klaim dengan usia pertanggungan kurang atau sama dengan 2 (dua) tahun.
- c. Jika Tertanggung hidup pada akhir masa Asuransi (*maturity*) :
- Pemegang Polis mengisi dan menandatangani formulir pengajuan klaim dengan melampirkan:
- c. 1. Polis yang bersangkutan;
 - c. 2. Foto copy Tanda Bukti diri dari Pemegang Polis.
- (3) Penanggung berhak meminta bukti-bukti lain yang dianggap perlu untuk mendukung/melengkapi bukti-bukti pada ayat (2) Pasal ini atau meminta keterangan tambahan dari Instansi yang berwenang sehubungan dengan meninggalnya Tertanggung.
 - (4) Bahasa yang dipergunakan dalam dokumen-dokumen yang diajukan untuk pembayaran Manfaat Asuransi harus diajukan kepada Penanggung dalam bahasa Indonesia atau bahasa Inggris.
 - (5) Penanggung juga berhak meminta diadakan pembedahan mayat (autopsi) untuk mendapatkan bukti penyebab kematian Tertanggung, apabila diperlukan.
 - (6) Biaya-biaya untuk mendapatkan bukti-bukti dalam pengajuan permintaan Manfaat Asuransi menjadi beban Pemegang Polis atau Penerima Manfaat.
 - (7) Untuk klaim atas Manfaat Asuransi Tambahan Polis, memperhatikan ketentuan-ketentuan yang ada pada Ketentuan Asuransi Tambahan yang menjadi bagian dari Polis ini.
 - (8) Penanggung tidak akan membayarkan Manfaat Asuransi apapun apabila ternyata dokumen-dokumen yang diberikan dalam kaitannya dengan klaim Manfaat Asuransi telah dipalsukan dan/atau dimanipulasi.

PASAL 7 BERAKHIRNYA ASURANSI

- (1) Asuransi Dasar atau Asuransi Tambahan berakhir segera setelah permohonan/klaim yang bersangkutan disetujui oleh Penanggung.
- (2) Asuransi berakhir jika Premi *Regular* dalam masa 2 (dua) tahun pertama sejak Tanggal Berlaku Polis tidak dibayar.
- (3) Asuransi berakhir jika saldo Nilai Investasi yang ada tidak mencukupi untuk membayar biaya-biaya

sebagaimana dimaksud dalam Polis.

- (4) Asuransi Tambahan juga berakhir dengan berakhirnya Asuransi Dasar.
- (5) Sepanjang tidak terjadi hal-hal yang mempercepat berakhirnya Asuransi Dasar sebagaimana ditentukan dalam Polis, Asuransi Dasar berakhir pada Tanggal Akhir Pertanggungan Asuransi Dasar. Dalam hal Asuransi Dasar berakhir pada Tanggal Akhir Pertanggungan Asuransi Dasar, Penanggung tidak berkewajiban untuk membayar apapun selain Nilai Tunai, jika ada, yang dihitung berdasarkan Harga Unit pada Tanggal Perhitungan terdekat setelah Tanggal Akhir Pertanggungan Asuransi Dasar.
- (6) Sepanjang tidak terjadi hal-hal yang mempercepat berakhirnya suatu Asuransi Tambahan sebagaimana ditentukan dalam Polis, suatu Asuransi Tambahan berakhir pada Tanggal Akhir Pertanggungan Asuransi Tambahan tersebut. Dalam hal suatu Asuransi Tambahan berakhir pada Tanggal Akhir Pertanggungan Asuransi Tambahan yang bersangkutan, Penanggung tidak berkewajiban untuk membayarkan apapun.

PASAL 8 PENGECUALIAN

Penanggung tidak akan membayarkan Uang Asuransi seperti dimaksud pada Pasal 4 Ketentuan Khusus Polis Asuransi Dasar ini dan hanya akan membayarkan Nilai Investasi (apabila ada), dalam hal meninggalnya Tertanggung disebabkan oleh hal-hal berikut, baik secara langsung maupun tidak langsung :

- a. Mempunyai riwayat/menderita penyakit yang disebabkan baik langsung maupun tidak langsung oleh AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*), ARC (*AIDS Related Complex*) atau infeksi yang disebabkan oleh HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), atau hal-hal yang berhubungan dengan AIDS atau infeksi karena HIV dan komplikasinya;
- b. Dihukum mati berdasarkan keputusan pengadilan yang berwenang;
- c. Tindakan bunuh diri, percobaan bunuh diri atau pencideraan diri sebagai akibat kesengajaan (dilakukan dalam keadaan sadar/waras) ataupun keadaan tidak sadar atau tidak waras yang dilakukan Tertanggung sendiri atau pihak lain atas permintaan Pemegang Polis dan atau Tertanggung dengan maksud memperoleh Manfaat Asuransi;
- d. Terlibat secara langsung maupun tidak langsung dalam perang (baik dinyatakan maupun tidak oleh pemerintah), pemogokan, perkelahian, pemberontakan, revolusi, teroris, pembajakan, huru-hara, kerusuhan, pengambil-alihan kekuasaan dengan kekerasan, ikut serta dalam aksi/kegiatan militer;
- e. Tertanggung menggunakan obat bius, narkotika, psikotropika, dan/atau dibawah pengaruh minuman keras;
- f. Kecelakaan sebagai penumpang pesawat terbang :
 - dari perusahaan penerbangan non komersial;
 - dari perusahaan penerbangan komersial yang tidak memiliki ijin usaha penerbangan dari instansi yang berwenang serta tidak memiliki jadwal penerbangan yang tetap dan teratur ; atau
 - helikopter.
- g. Sengaja melakukan atau turut serta dalam suatu tindak pidana (baik kejahatan maupun pelanggaran), atau yang sejenisnya, atau tindak kejahatan atau percobaan tindak kejahatan Asuransi yang dilakukan oleh pihak memiliki atau turut memiliki kepentingan dalam perjanjian Asuransi ini;
- h. Pekerjaan/jabatan Tertanggung yang mengandung risiko (*occupational risk*) sebagai Militer, Polisi, Pilot pesawat terbang non komersial, buruh tambang dan pekerjaan/jabatan lainnya yang risikonya dapat dipersamakan dengan itu, sepanjang risiko jabatan tersebut tidak dipertanggungjawabkan atau tidak dicantumkan Tertanggung dalam SPAJ/SKK;

- i. Bencana alam atau reaksi inti atom;
- j. Mempersiapkan diri atau ikut berpartisipasi dalam perlombaan dan/atau olahraga beladiri, terjun payung, menyelam, mendaki gunung dan /atau kegiatan alam bebas lainnya, adu kecepatan kendaraan bermotor, berkuda, berburu, perahu, pesawat udara atau sejenisnya, serta olah raga berbahaya lainnya;
- k. Gangguan mental atau kejiwaan;
- l. Sengaja menghadapi/memasuki bahaya-bahaya yang sebenarnya tidak perlu dilakukan (kecuali dalam mencoba menyelamatkan diri); atau
- m. Kegiatan olahraga (*sport*) atau kesenangan/hobi Tertanggung yang mengandung bahaya seperti balap mobil, balap sepeda motor, balap kuda, terbang layang, olahraga terbang, selancar air atau berenang di lepas pantai, mendaki gunung, tinju, gulat dan kegiatan olahraga/hobi lainnya yang dapat dipersamakan dengan itu, sepanjang olahraga dan kesenangan/hobi tersebut tidak dipertanggungkan.

UNIVERSITAS INDONESIA

UNIVERSITAS INDONESIA

UNIVERSITAS INDONESIA

**SYARAT-SYARAT UMUM POLIS
JS PRO MAPAN**

**Pasal 1
ARTI DAN ISTILAH**

- (1) Ketentuan dan istilah dalam Syarat-Syarat Umum Polis ini, sepanjang tidak ditentukan atau diatur lain, atau dinyatakan sebaliknya dalam Klausula/ Lampiran Polis dan/atau Endorsement dan/atau dokumen lain sehubungan dengan Polis, berlaku dan mengikat dalam Asuransi ini.
- (2) Dalam Syarat-syarat Umum Polis ini yang dimaksud dengan :
1. **Penanggung** adalah PT Asuransi Jiwasraya (Persero) atau Penggantinya menurut hukum.
 2. **Pemegang Polis** adalah Pihak yang mengadakan perjanjian Asuransi atau Penggantinya menurut hukum dengan Penanggung.
 3. **Tertanggung** adalah orang yang atas jiwanya diadakan perjanjian Asuransi jiwa dimana jenis perjanjian Asuransinya diuraikan dalam Polis.
 4. **Surat Permintaan Asuransi Jiwa (SPAJ)** adalah formulir permohonan tertulis untuk mengadakan suatu perjanjian Asuransi yang diisi dan ditandatangani oleh calon Pemegang Polis dan atau calon Tertanggung.
 5. **Surat Keterangan Kesehatan (SKK)** adalah formulir yang harus diisi dan ditandatangani oleh calon Tertanggung mengenai riwayat kesehatan Tertanggung dan keluarga Tertanggung.
 6. **Polis** adalah dokumen yang dikeluarkan oleh Penanggung termasuk Syarat-syarat Umum Polis dan ketentuan lainnya (apabila diadakan) beserta segala tambahan/perubahannya yang memuat syarat-syarat perjanjian Asuransi yang merupakan lampiran yang tak terpisahkan dari Polis.
 7. **Premi** adalah sejumlah uang yang harus dibayarkan oleh Pemegang Polis kepada Penanggung sehubungan dengan diadakannya Polis yang terdiri dari Premi Regular, Top Up Premi Regular dan Top Up Premi Single.
 - 7.1. **Premi Regular** adalah bagian Premi yang besarnya sama pada setiap jatuh tempo pembayaran, yang memuat komponen-komponen Biaya Akuisisi, Biaya Asuransi, Biaya Administrasi dan Dana Investasi.
 - 7.2. **Top Up Premi Regular** adalah bagian dari Premi yang besarnya sama pada setiap jatuh tempo pembayaran, setelah dikurangi dengan Biaya Top Up dan merupakan tambahan Dana Investasi.
 - 7.3. **Top Up Premi Single** adalah bagian dari Premi yang besarnya bervariasi dan dapat dibayarkan setiap saat sesuai keinginan Pemegang Polis, setelah dikurangi dengan Biaya Top Up dan merupakan tambahan Dana Investasi.
 8. **Uang Asuransi** adalah sejumlah uang yang tercantum dalam Polis yang akan dibayar oleh Penanggung apabila syarat-syarat dan ketentuan pembayaran sebagaimana tercantum dalam Polis telah dipenuhi.
 9. **Manfaat Asuransi** adalah jenis dan besarnya manfaat sebagaimana dicantumkan dalam Polis.
 10. **Penerima Manfaat** adalah orang yang ditunjuk oleh Pemegang Polis sebagai pihak yang berhak atas Manfaat Asuransi apabila Tertanggung meninggal, dengan ketentuan bahwa orang tersebut mempunyai kepentingan terhadap Tertanggung atas perjanjian Asuransi yang bersangkutan (*insurable interest*) dan sepanjang tidak bertentangan dengan hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku di negara Republik Indonesia.
 11. **Tanggal Berlaku Polis** adalah tanggal dimulainya perjanjian Asuransi/pertanggungans berdasarkan Polis ini.
 12. **Masa Asuransi** adalah masa berlakunya

Asuransi, yaitu sejak Tanggal Berlaku Polis sampai dengan tanggal berakhirnya Polis.

13. **Nilai Tunai** adalah Nilai dari saldo Unit yang dihitung berdasarkan Harga Unit pada suatu saat tertentu.

14. **Asuransi Dasar** adalah jenis Asuransi yang merupakan pertanggungungan dasar Polis.

15. **Asuransi Tambahan (Rider)** adalah jenis Asuransi yang ditambahkan pada Asuransi Dasar untuk meningkatkan perlindungan dan/atau Manfaat Asuransi.

16. **Biaya** adalah pengeluaran yang dibebankan kepada Pemegang Polis berkaitan dengan diberlakukannya perjanjian Asuransi, yang terdiri dari :

16.1. **Biaya Akuisisi** adalah biaya yang dikenakan sehubungan dengan permohonan pertanggungungan dan penerbitan Polis yang antara lain meliputi ongkos-ongkos pemeriksaan kesehatan, ongkos-ongkos pengadaan Polis dan pencetakan dokumen, biaya lapangan, biaya pos dan telekomunikasi serta remunerasi karyawan dan agen.

16.2. **Biaya Asuransi** adalah biaya yang dikenakan sehubungan dengan pertanggungungan yang diberikan.

16.3. **Biaya Administrasi** adalah biaya yang dikenakan sehubungan dengan administrasi Polis.

16.4. **Biaya Top Up (Penambahan Dana)** adalah biaya yang dikenakan kepada Pemegang Polis sehubungan dengan dibayarkannya Top Up.

16.5. **Biaya Pengelolaan Investasi (Investment Management Fee)** adalah biaya yang dikenakan pada setiap jenis investasi yang dihitung secara harian terhadap Nilai Aktiva Bersih harian yang dibayarkan setiap bulan. Biaya ini termasuk jasa pengelolaan investasi, jasa bank kustodian, biaya-biaya

operasional transaksi efek dan pajak-pajak.

16.6. **Biaya Pengalihan Dana (Switching Fund)** adalah biaya yang dikenakan apabila Pemegang Polis mengajukan pengalihan jenis Dana Investasi.

16.7. **Biaya Pembatalan Polis** adalah biaya yang dikenakan apabila Pemegang Polis membatalkan Polisnya dalam *FreeLook Period*.

17. **Masa Mempelajari Polis (FreeLook Period)** adalah masa tertentu yang diberikan kepada Pemegang Polis untuk dapat mempelajari Polis dan mengembalikan Polis kepada Penanggung apabila Pemegang Polis tidak menyetujui Syarat-Syarat Umum Polis dan syarat-syarat serta ketentuan lainnya.

18. **Masa Leluasa (Grace Period)** adalah masa tertentu yang diberikan kepada Pemegang Polis untuk dapat melunasi Premi lanjutan yang tertunggak.

19. **Cuti Premi (Premium Holiday)** adalah masa tertentu yang diberikan kepada Pemegang Polis untuk dapat berhenti sementara dalam membayar Premi, namun Polis masih tetap berlaku sepanjang Nilai Investasi yang ada cukup untuk membayar biaya-biaya sebagaimana dimaksud dalam Polis.

20. **Pengalihan Dana (Switching Fund)** adalah pengalihan jenis Dana Investasi yang dapat dilakukan Pemegang Polis selama Polis masih berlaku.

21. **Unit** adalah alokasi dari sejumlah Dana Investasi yang dibayarkan, yang dihitung berdasarkan harga pada saat pembelian.

22. **Harga Unit** adalah Nilai Aktiva Bersih (NAB) dibagi dengan jumlah total Unit.

23. **Nilai Aktiva Bersih (NAB)** adalah nilai pasar wajar dari suatu efek dan kekayaan lain di dalam jenis investasi setelah dikurangi seluruh kewajibannya.

24. **Dana Investasi** adalah sebagian atau seluruh dari Premi yang telah dibayarkan Pemegang Polis kepada Penanggung, yang akan Penanggung investasikan

berdasarkan Polis ini.

25. **Nilai Investasi** adalah Nilai dari total Unit yang telah terbentuk dalam Polis ini berdasarkan Harga Unit yang ditetapkan Penanggung pada suatu saat tertentu.

26. **Top-up** adalah penambahan dana/Premi untuk penambahan pembelian Unit (tidak menambah Uang Asuransi), yang dibayarkan oleh Pemegang Polis setelah Tanggal Berlaku Polis.

27. **Redemption** adalah penarikan seluruh dana/unit atau sejumlah dana/unit dengan menyisakan sejumlah saldo unit minimum.

28. **Tanggal Perhitungan** adalah Tanggal dimana Penanggung menetapkan Harga Unit dari setiap Dana yang tersedia.

29. **Dokter** adalah seseorang yang memiliki ijin praktek sebagai Dokter dari lembaga yang berwenang, dengan pembatasan bahwa yang bersangkutan tidak termasuk Pemegang Polis, Tertanggung, Penerima Manfaat atau orang-orang yang mempunyai hubungan keluarga sedarah atau keluarga semenda dengan Pemegang Polis, Tertanggung atau Penerima Manfaat sampai dengan derajat ketiga.

30. **Usia** adalah usia seseorang yang ditentukan berdasarkan ulang tahun terakhir dari yang bersangkutan.

31. **Hari Kerja** adalah hari Senin sampai Jumat (tidak termasuk hari libur Nasional di Republik Indonesia).

32. **Hari Bursa** adalah Hari dimana perdagangan efek di Bursa Efek Indonesia berlangsung atau saat bursa beroperasi.

Pasal 2

HAK UNTUK MEMPELAJARI POLIS (FREE LOOK PROVISION)

(1) Pemegang Polis mempunyai hak untuk mempelajari Polis dalam waktu 14 (empat belas) hari kalender sejak Polis diterima Pemegang Polis. Pemegang Polis hanya memiliki 2 (dua) pilihan keputusan, yaitu :

a. Setuju dengan semua ketentuan dalam Polis secara keseluruhan; atau

b. Tidak setuju dengan semua ketentuan dalam Polis secara keseluruhan.

(2) Jika Pemegang Polis menyatakan sebagaimana tercantum pada ayat (1) butir b, maka Pemegang Polis harus memberitahukan secara tertulis kepada Penanggung dan pemberitahuan itu harus sudah diterima Penanggung paling lambat 14 (empat belas) hari kalender sejak Polis diterima Pemegang Polis. Jika dalam kurun waktu tersebut, Penanggung tidak menerima pemberitahuan secara tertulis dari Pemegang Polis, maka Pemegang Polis dianggap setuju dengan semua Ketentuan Polis secara keseluruhan.

(3) Jika Pemegang Polis menyatakan sebagaimana tercantum dalam ayat (1) butir b, maka Pemegang Polis harus mengembalikan dokumen Polis kepada Penanggung dan dengan sendirinya Polis menjadi batal sejak awal dan Penanggung akan mengembalikan Premi yang telah dibayarkan Pemegang Polis dengan terlebih dahulu dikurangi biaya administrasi Polis dan biaya pemeriksaan kesehatan (jika ada).

Pasal 3

DASAR PERJANJIAN ASURANSI

(1) Pemegang Polis dan atau Tertanggung wajib menyampaikan kepada Penanggung SPAJ, SKK, formulir-formulir dan dokumen-dokumen lain yang disyaratkan setelah diisi atau dibuat secara benar dan lengkap. Semua keterangan, pernyataan dan pemberitahuan yang tercantum dalam SPAJ, SKK, formulir-formulir dan dokumen-dokumen tersebut merupakan dasar diadakannya Polis dan oleh karenanya merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis. Kebenaran dan kelengkapan SPAJ, SKK, formulir-formulir dan dokumen-dokumen tersebut di atas menjadi tanggung jawab Pemegang Polis dan atau Tertanggung.

(2) Apabila keterangan, pernyataan atau pemberitahuan (selain mengenai hal-hal sebagaimana tercantum pada ayat (3) di bawah ini) yang disampaikan kepada Penanggung ternyata keliru atau tidak benar atau ternyata terdapat penyembunyian

keadaan yang diketahui oleh Pemegang Polis dan/atau Tertanggung, meskipun dilakukannya dengan itikad baik, yang sifatnya sedemikian rupa sehingga pertanggung dan/atau Polis tidak akan diadakan atau tidak diadakan dengan syarat-syarat yang sama bila Penanggung mengetahui keadaan yang sesungguhnya dari hal itu, maka pertanggung dan Polis dengan sendirinya menjadi batal sejak pertanggung dimulai dan dalam hal demikian Penanggung tidak berkewajiban membayar apapun selain Nilai Tunai, apabila ada, yang dihitung berdasarkan Harga Unit pada Tanggal Perhitungan terdekat setelah kekeliruan, ketidak-benaran atau penyembunyian keadaan itu diketahui oleh Penanggung. Ketentuan tersebut di atas tetap berlaku walaupun kekeliruan, ketidakbenaran atau penyembunyian keadaan sebagaimana yang dimaksud di atas baru diketahui sesudah dilaksanakan pembayaran Manfaat Asuransi.

- (3) Dengan persetujuan Penanggung, perjanjian Asuransi dapat dilanjutkan dalam hal terjadi kesalahan atau kekeliruan dalam menyatakan usia, jenis kelamin dan status merokok atau tidak merokok serta alamat rumah/kantor sepanjang kesalahan tersebut tidak materil, setelah terlebih dahulu diadakan penyesuaian dengan keadaan sebenarnya.
- (4) Jika pada saat SPAJ disetujui oleh Penanggung seperti ayat (1) Pasal ini, berdasarkan usia masuk Tertanggung tidak dapat diAsuransikan, maka Polis menjadi batal, dan kewajiban Penanggung adalah membayarkan Nilai Investasi, apabila ada, yang dihitung berdasarkan Harga Unit pada Tanggal Perhitungan terdekat setelah kekeliruan atau ketidak-benaran tersebut diketahui oleh Penanggung.
- (5) Penanggung, Pemegang Polis, Tertanggung dan Penerima Manfaat sepakat menyatakan bahwa setiap terjadi pembatalan yang berakibat berakhirnya pertanggung ini tidak memberlakukan Pasal 1266 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata.

Pasal 4
KETENTUAN TIDAK DAPAT DISANGGAH
(INCONTESTABLE PERIOD)

- (1) Dalam hal pernyataan atau pemberian keterangan yang keliru atau tidak benar dalam Surat Permintaan Asuransi Jiwa dan Surat Keterangan Kesehatan serta formulir-formulir lainnya, Penanggung mempunyai hak menyanggah kebenaran Polis, kecuali setelah melewati masa 2 (dua) tahun sejak Tanggal Berlaku Polis atau perubahannya (Lampiran/Klausula Polis) yang terkini atau tanggal penerbitan Pemulihan Polis yang terkini (yang mana yang terkini), dan dalam waktu tersebut Tertanggung masih hidup.
- (2) Jika terjadi unsur penipuan dan atau pemalsuan, maka Penanggung mempunyai hak untuk menyanggah kebenaran Polis setiap saat.


Pasal 5
JENIS ASURANSI

Jenis Asuransi terdiri dari Asuransi Dasar dan Asuransi Tambahan (jika ada), yang rinciannya tertera pada Polis.

Pasal 6
PENARIKAN DAN PENEBUSAN

- (1) Pemegang Polis dapat melakukan penarikan sebagian (*withdrawal*) atau seluruh (*surrender*) Nilai Investasi yang ada dalam Polis ini setiap saat, dengan mengikuti ketentuan dan tata cara yang telah ditetapkan oleh Penanggung dari waktu ke waktu.
- (2) Apabila seluruh Nilai Investasi yang ada pada Polis telah ditarik oleh Pemegang Polis, maka Pemegang Polis dinyatakan telah melakukan penebusan Polis, oleh karenanya pula Penanggung akan membayarkan Nilai Tunai.
- (3) Polis batal dan semua pertanggung berdasarkan Polis menjadi berakhir sejak disetujuinya penebusan Polis tersebut. Permohonan penebusan Polis yang telah diajukan kepada Penanggung tidak dapat ditarik kembali.

Lampiran 7 : Surat Keterangan Plagiasi



UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
DIREKTORAT PERPUSTAKAAN

Kampus Terpadu UII Jl. Kaliurang Km. 14,5, Yogyakarta 55584, INDONESIA
Telp: (0274) 898 444 Psw. 2301 - 2324; Fax: (0274) 898 444 Psw. 2091
<http://library.uui.ac.id>; e-mail: perpustakaan@uui.ac.id

SURAT KETERANGAN HASIL CEK PLAGIASI
No. : 1153327863/Perpus./10/Dir.Perpus/VII/2019

Bismillahirrahmaanirrahiim

Assalamu'alaikum wr. wb.

Dengan ini menerangkan bahwa:



Nama	: Harfiantri Dwi Arofah
Nomor Mahasiswa	: 16211078
Dosen Pembimbing	: Mellisa Fitri Andriyani M.SE.,MM
Fakultas / Prodi	: FE / Manajemen Perusahaan
Judul Karya Ilmiah	: Bauran Promosi Dan Prosedur Pembukaanproduk Asuransi Jiwa Promapan Di Pt.Asuransi Jiwasraya (Persero) Kantor Pemasaran Agency Yogyakarta

Karya ilmiah yang bersangkutan di atas telah melalui proses cek plagiasi menggunakan Turnitin dengan hasil kemiripan (*similarity*) sebesar **16 (Enam Belas) %**.

Demikian surat keterangan ini dibuat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Wassalamu'alaikum wr. wb

Yogyakarta, 20 Juli 2019
Direktur Perpustakaan



Joko Sugeng Prantoro, S.IP., M.Hum.



Scanned with
CamScanner

BAURAN PROMOSI DAN PROSEDUR PEMBUKAAN PRODUK ASURANSI JIWA PROMAPAN DI PT.ASURANSI JIWASRAYA (PERSERO) KANTOR PEMASARAN AGENCY YOGYAKARTA

ORIGINALITY REPORT



16%

INTERNET SOURCES

0%

PUBLICATIONS

5%

STUDENT PAPER

PRIMARY SOURCES

1 id.scribd.com
Internet Source

7%

2 fajarnoverdi.blogspot.com
Internet Source

5%

3 text-id.123dok.com
Internet Source

4%

Exclude quotes
Exclude bibliography

Exclude references

Lampiran 8 : Surat Keterangan Magang dari PT. Asuransi Jiwasraya (Persero)

BUMN
Hadir untuk negeri

ISLAM

Jiwasraya
together for life

UNIVERSITAS

INDONESIA

SURAT KETERANGAN
Nomor : 038/Jiwasraya/PE/05.2019

Yang bertanda tangan di bawah ini menerangkan bahwa:

Nama : Kusdiyarto
Jabatan : Kasie Pertanggungan

Menerangkan bahwa,


Nama : Harfiantri Dwi Arofah
NIM : 16211078
Perguruan Tinggi : Universitas Islam Indonesia
Prodi D3 Manajemen Perusahaan

Telah menyelesaikan magang/riset di PT. Asuransi Jiwasraya (Persero) Kantor Cabang Yogyakarta Kota pada tanggal 11 Maret 2019 sampai dengan 11 Mei 2019.

Demikian surat keterangan ini untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Yogyakarta, 15 Mei 2019

PT Asuransi Jiwasraya (Persero)
Kantor Cabang Yogyakarta Kota


Kusdiyarto
Kasie Pertanggungan

PT. Asuransi Jiwasraya (Persero) | Kantor Cabang Yogyakarta Kota | Jl. I Dewa Nyoman Oka No 12 Yogyakarta 55224
T +62 274 587838, F +62 274 512638 | email : pwk_pe@jiwasraya.co.id

CALL 1 500 151