



SURAT PENGAJUAN ASURANSI JIWA SYARIAH (SPAJS) - UNIT LINK

PT ASURANSI JIWA SYARIAH AMANAHJIWA GIRI ARTHA

BISMILLAHIRRAHMANIRROHIM

No. SPAJS : _____ Kode Agen : _____
 Tanggal : _____ Nama Agen : _____
 dd-mm-yyyy Nama Kantor Pemasaran : _____

-Isi dengan tinta **HITAM**, huruf **CETAK**, tidak keluar kotak, jelas, coret yang tidak perlu dan memberikan tanda **(V)** pada kotak jawaban yang sesuai
 -Jika pengisian salah, harap dicoret dan ditandatangani (bukan paraf) oleh Pemegang Polis dan atau Pihak yang Diasuransikan
(Jangan menggunakan tip ex)

DATA PEMEGANG POLIS

Yang bertanda tangan di bawah ini saya, Calon Pemegang Polis (diisi sesuai identitas diri)

1. Nama Lengkap _____
 2. Tempat dan Tanggal Lahir _____, _____ - _____ - _____
 3. No. KTP/SIM/Passport *¹) _____
 4. Kewarganegaraan WNI WNA
 5. Agama Islam Non Islam, sebutkan : _____
 6. Jenis Kelamin Pria Wanita
 7. Status Perkawinan Nikah Belum Menikah Janda/Duda
 8. Nama Ibu Kandung _____

PENDIDIKAN DAN PEKERJAAN PEMEGANG POLIS

1. Pendidikan Terakhir s/d SMU Diploma S1 S2 S3
 2. Pekerjaan _____
 3. Nama Perusahaan _____
 4. Uraian Pekerjaan _____
 5. Pendapatan Per Bulan (Rp) s/d 2 Juta 2 Juta s/d 5 Juta 5 Juta s/d 10 Juta diatas 10 Juta
 6. Sumber Pendapatan Gaji Bisnis Profesional Fee Lainnya: _____
 7. Jumlah Tanggungan _____ Orang

ALAMAT PEMEGANG POLIS

1. Alamat Rumah (sesuai KTP) _____
 Kota _____ Kode POS _____
 Telepon _____- _____ HP _____
 2. Alamat e-mail _____
 (kosongkan jika sama dengan alamat KTP)
 3. Alamat Surat Menyurat _____
 Kota _____ Kode POS _____
 Telepon _____- _____ Fax _____- _____

DATA PRIBADI PIHAK YANG DIASURANSIKAN

(KOSONGKAN APABILA PESERTA SAMA DENGAN PIHAK YANG DIASURANSIKAN)

1. Nama Lengkap _____
 2. Tempat dan Tanggal Lahir _____, _____ - _____ - _____
 3. No. KTP/SIM/Passport *¹) _____
 4. Kewarganegaraan WNI WNA
 5. Agama Islam Non Islam, sebutkan : _____
 6. Jenis Kelamin Pria Wanita
 7. Status Perkawinan Nikah Belum Menikah Janda/Duda
 8. Nama Ibu Kandung _____

PENDIDIKAN DAN PEKERJAAN PIHAK YANG DIASURANSIKAN

1. Pendidikan Terakhir s/d SMU Diploma S1 S2 S3
 2. Pekerjaan _____
 3. Nama Perusahaan _____
 4. Uraian Pekerjaan _____
 5. Pendapatan Per Bulan (Rp) s/d 2 Juta 2 Juta s/d 5 Juta 5 Juta s/d 10 Juta diatas 10 Juta
 6. Sumber Pendapatan Gaji Bisnis Profesional Fee Lainnya: _____
 7. Jumlah Tanggungan _____ Orang

ALAMAT PIHAK YANG DIASURANSIKAN

1. Alamat Rumah (sesuai KTP) _____

Kota _____ Kode POS _____

Telepon _____ - _____ HP _____

2. Alamat e-mail _____

(kosongkan jika sama dengan alamat KTP)

3. Alamat Surat Menyurat _____

Kota _____ Kode POS _____

Telepon _____ - _____ Fax _____

HUBUNGAN PEMEGANG POLIS DENGAN PIHAK YANG DIASURANSIKAN dan TUJUAN PEMBELIAN ASURANSI

1. Hubungan Pemegang Polis dengan Pihak Yang Diasuransikan jika Suami/Istri Orang tua / Anak Lainnya _____
 Pemegang Polis berbeda dengan Pihak Yang Diasuransikan

2. Tujuan pembelian asuransi Proteksi Investasi lainnya : _____

MANFAAT DAN KONTRIBUSI

Dengan ini mengajukan permohonan menjadi Peserta kepada PT AJA AMANAHIWA GIRI ARTHA dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Nama Produk	Santunan Asuransi	Kontribusi	
Dasar : _____	_____	Dasar _____	_____
		Top Up Berkala _____	_____
Rider : _____	_____	Top Up Sekaligus _____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
		Total Kontribusi _____	_____

2. Jenis Dana

a. ARTHA Stabil	_____%	<i>Catatan : - Pilih salah satu jenis dana dengan total penempatan dana 100%</i>
b. ARTHA Selaras	_____%	
c. ARTHA Agresif	_____%	

3. Masa Asuransi _____ Tahun Masa Pembayaran Kontribusi _____ Tahun

4. Mata Uang Rupiah USD Lainnya: _____

5. Cara Bayar Bulanan Triwulan Semester Tahunan Sekaligus

6. Pembayaran Via Bank/Virtual Account Debet Kartu Kredit *) *) Biaya debet sebesar 3% dari transaksi

AHLI WARIS YANG DITUNJUK

Bila saya sebagai Pihak Yang Diasuransikan ditakdirkan meninggal dunia dalam masa perjanjian, maka Ahliwaris yang diberi amanah mewakili ahliwaris yang lain untuk menerima Santunan Asuransi dan Dana Investasi adalah:

No	Nama Lengkap	P/W	Tanggal Lahir	Hubungan Keluarga
1				
2				
3				
4				

DATA HOBI PIHAK YANG DIASURANSIKAN

Apakah Anda melakukan aktifitas /hobi dengan risiko tinggi secara rutin? Jika "ya" pilihlah hobi yang sesuai

<input type="checkbox"/> Menyelam	<input type="checkbox"/> Mendaki gunung	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	Penjelasan terkait dengan Hobi, *) coret yang tidak perlu Seberapa Sering _____ jam/hari/minggu/bulan/tahun*) Dimana/wilayah _____ Khusus Penerbangan*) <input type="checkbox"/> Komersial <input type="checkbox"/> Non Komersial
<input type="checkbox"/> Balap/Rally Mobil/Motor	<input type="checkbox"/> Penerbangan*)		
<input type="checkbox"/> Terjun Payung	<input type="checkbox"/> lainnya _____		

Catatan : jika diperlukan wajib mengisi kuesioner terkait

PERYATAAN PIHAK YANG DIASURANSIKAN

Keadaan Pihak Yang Diasuransikan saat ini sebagai berikut :

- | | | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------|--|
| <p>1. Berat Badan <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg Tinggi Badan <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm</p> | <p>Ya</p> | <p>Tidak</p> | <p>Bila jawaban "Ya", jelaskan dengan lengkap diagnosa dokter, Kapan</p> |
| <p>2. Apakah Anda merokok?</p> | <p><input type="checkbox"/></p> | <p><input type="checkbox"/></p> | <p>Jika, "ya", berapa <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> batang per hari</p> |
| <p>3. Apakah berat badan dalam 12 (dua belas) bulan terakhir ini naik atau turun lebih dari 5 kg?</p> | <p><input type="checkbox"/></p> | <p><input type="checkbox"/></p> | <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>4. Apakah dalam 5 tahun terakhir ini pernah:</p> | | | |
| <p>a. menjalani rawat inap/ rawat jalan, pembedahan, biopsi?</p> | <p><input type="checkbox"/></p> | <p><input type="checkbox"/></p> | <p>_____</p> |
| <p>b. dianjurkan / menjalani pemeriksaan laboratorium, rontgen, atau yang khusus contohnya : ECG, Treadmill, Echo, CT Scan, MRI, tes darah (kolesterol, gula darah, AIDS, hepatitis, anemia, dll.)</p> | <p><input type="checkbox"/></p> | <p><input type="checkbox"/></p> | <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>c. menjalani pemeriksaan / pengobatan ahli jiwa, radiasi, kemotrap, atau pengobatan tradisional/alternatif/herbal?</p> | <p><input type="checkbox"/></p> | <p><input type="checkbox"/></p> | <p>_____</p> |
| <p>5. Apakah Anda pernah / sedang / pernah diberitahu mengalami gejala / gangguan / menderita penyakit pada :</p> | | | |
| <p>a. Sistem Indera : mata, telinga, hidung, tenggorokan, mulut (fungsi pengeliatan, bicara dan pendengaran)</p> | <p><input type="checkbox"/></p> | <p><input type="checkbox"/></p> | <p>_____</p> |
| <p>b. Paru - paru : TBC, asma, sesak napas, penyakit saluran pernapasan lainnya</p> | <p><input type="checkbox"/></p> | <p><input type="checkbox"/></p> | <p>_____</p> |
| <p>c. Jantung dan pembuluh darah : penyakit jantung, tekanan darah tinggi, nyeri dada, gangguan peredaran darah</p> | <p><input type="checkbox"/></p> | <p><input type="checkbox"/></p> | <p>_____</p> |
| <p>d. Organ perut & sistem pencernaan : maag, asam lambung, penyakit usus, gangguan pencernaan, hernia, diare & disentri, wasir</p> | <p><input type="checkbox"/></p> | <p><input type="checkbox"/></p> | <p>_____</p> |
| <p>e. Sistem kemih & kelamin : batu ginjal, kencing batu, penyakit kelamin, prostat, tumor ginjal, gagal ginjal, kencing nanah/darah</p> | <p><input type="checkbox"/></p> | <p><input type="checkbox"/></p> | <p>_____</p> |
| <p>f. Sistem saraf, keragka dan otot : epilepsi/ayan, kelumpuhan, gangguan gerak, nyeri sendi, rematik, vertigo, stroke, gangguan mental, pingsan, pusing, stress, kelainan bawaan (fisik/mental)</p> | <p><input type="checkbox"/></p> | <p><input type="checkbox"/></p> | <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>g. Pertumbuhan sel : kanker, tumor ganas, tumor jinak, kista</p> | <p><input type="checkbox"/></p> | <p><input type="checkbox"/></p> | <p>_____</p> |
| <p>h. Sistem kekebalan dan infeksi : HIV/AIDS, malaria, alergi, lupus, pembesaran kelenjar getah bening</p> | <p><input type="checkbox"/></p> | <p><input type="checkbox"/></p> | <p>_____</p> |
| <p>i. Hati & pankreas : hepatitis A, hepatitis B, hepatitis C, tumor hati, penyakit hati lainnya, kencing manis, batu empedu</p> | <p><input type="checkbox"/></p> | <p><input type="checkbox"/></p> | <p>_____</p> |
| <p>j. Sistem kelenjar dan darah : gangguan hormon, gondok, kelainan darah, leukemia, thalasemia, anemia</p> | <p><input type="checkbox"/></p> | <p><input type="checkbox"/></p> | <p>_____</p> |
| <p>k. Lain - lain yang tidak disebut diatas, sebutkan</p> | <p><input type="checkbox"/></p> | <p><input type="checkbox"/></p> | <p>_____</p> |
| <p>6. Apakah pernah mengalami kecelakaan dan luka berat atau mempunyai cacat fisik?</p> | <p><input type="checkbox"/></p> | <p><input type="checkbox"/></p> | <p>_____</p> |
| <p>7. Apakah saat ini sedang dalam keadaan sehat?
(Bila jawaban Anda "Tidak" jelaskan kondisi kesehatan Anda saat ini)</p> | <p><input type="checkbox"/></p> | <p><input type="checkbox"/></p> | <p>_____</p> |
| <p>8. Apakah Anda sedang / pernah mengkonsumsi minuman beralkohol?</p> | <p><input type="checkbox"/></p> | <p><input type="checkbox"/></p> | <p>jika " ya" konsumsi dalam seminggu <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ml</p> <p style="padding-left: 100px;">Jenisnya <input type="text"/></p> <p>jika "pernah"</p> <p>- kapan berhenti <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm-yyyy</p> <p>- alasan berhenti <input type="text"/></p> |
| <p>9. Apakah Anda sedang /pernah menggunakan narkotika/obat terlarang atau penenang?</p> | <p><input type="checkbox"/></p> | <p><input type="checkbox"/></p> | <p>jika " ya" Jenisnya <input type="text"/></p> <p style="padding-left: 100px;">jumlahnya <input type="text"/> per hari</p> |
| <p>10. Pertanyaan tambahan khusus Wanita</p> | | | |
| <p>a. Apakah sekarang dalam kondisi hamil ?</p> | <p><input type="checkbox"/></p> | <p><input type="checkbox"/></p> | <p>Usia Kehamilan? <input type="text"/> bln <input type="text"/> <input type="text"/> minggu</p> |
| <p>b. Apakah pernah / sedang / pernah diberitahu mengalami kelainan payudara, rahim atau indung telur, haid yang lama dan tidak teratur, menopause (sebutkan usia menopause), menjalani pemeriksaan papsmear, USG kandungan, mammografi, atau pemeriksaan kandungan lainnya atau dianjurkan melakukan pemeriksaan kandungan lainnya atau dianjurkan melakukan pemeriksaan dalam 12 bulan mendatang ? Jika "Ya" jelaskan</p> | <p><input type="checkbox"/></p> | <p><input type="checkbox"/></p> | <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |

Ya Tidak

Bila jawaban "Ya", jelaskan dengan lengkap diagnosa dokter, Kapan dan Lamanya pengobatan

11. Pernahkan permohonan asuransi jiwa Anda ditolak atau ditangguhkan atau dikenakan tambahan kontribusi atau diterima dengan persyaratan khusus?

(Bila jawaban "Ya" jelaskan waktu dan penyebabnya)

12. Apakah Anda memiliki polis asuransi jiwa yang masih berlaku?

(Bila "Ya" isilah kolom dibawah ini)

Nomor Polis	Nama Perusahaan Asuransi	Mulai Asuransi	Besarnya Santunan Asuransi

13. Apakah SPAJS ini sebagai pengganti SPAJS lain?

Nomor SPAJS

(Bila jawaban "ya" sebutkan Nomor SPAJS, Nama Peserta, dan Total Kontribusi sebelumnya, serta alasan diganti)

Nama Peserta

Total Kontribusi

Rp _____

Alasan

14. Pertanyaan Tambahan Khusus Pihak Yang Diasuransikan berusia < 17 tahun

a. Berat badan & Panjang badan ketika lahir

_____|_____|_____|_____ Gram _____|_____|_____|_____ cm

b. Kelahiran secara

Normal Operasi Ceaar Vacuum
 Forceps Lainnya : _____

Alasan dilakukan tindakan selain normal

Nama dokter & RS yang melakukan tindakan

c. Lama Kehamilan

bulan minggu

d. Reaksi ketika lahir

menangis tidak menangis

e. Apakah setelah dilahirkan dirawat di Ruang Khusus (inkubator)? Jika Ya, jelaskan

Ya Tidak

f. Apakah ditemukan tanda-tanda kelainan pada bayi baru lahir? Jika Ya, jelaskan

Ya Tidak

KETERANGAN KESEHATAN KELUARGA PIHAK YANG DIASURANSIKAN

Hubungan Keluarga	Masih Hidup		Sudah Meninggal Dunia	
	Usia	Kondisi Kesehatan	Usia Meninggal Dunia/ Tahun meninggal	Sebab Meninggal Dunia
Ayah				
Ibu				
Suami / Istri				
Kakak				
Adik				
Anak				

DATA REKENING PENGEMBALIAN KONTRIBUSI DAN PEMBAYARAN MANFAAT ASURANSI

Apabila terdapat pembayaran manfaat asuransi, pengembalian kontribusi dikarenakan adanya penolakan dan pembatalan SPAJS, mohon ditransfer ke rekening : *⁴) (WAJIB DIISI)

Nama Pemilik Rekening *⁵)

Nomor Rekening

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____

(penulisan tanpa pemisah)

Nama Bank

Cabang/Unit

Kota

*⁴) Apabila pembayaran kontribusi pertama dilakukan via kartu kredit, maka pengembalian kontribusi akan dilakukan melalui kartu kredit yang sama

*⁵) Rekening Bank harus atas nama Pemegang Polis/Pihak Yang Diasuransikan/Ahli Waris Diturunkan

AKAD

- Berdasarkan Akad Wakalah bil Ujroh, saya mewakilkan kepada PT AJS Amanahjiwa Giri Artha untuk megelola risiko dengan ujroh:
 - Untuk Pembayaran Kontribusi Reguler (Bulanan, Triwulanan, Semesteran, Tahunan) sebesar 0% selama masa pembayaran kontribusi.
 - Untuk Pembayaran Kontribusi Sekaligus sebesar 0% dari Kontribusi sekaligus.
 - Untuk Pembayaran Kontribusi Top Up sebesar 0% dari Kontribusi Top Up.
 - Biaya Polis sebesar Rp 50.000,- (*lima puluh ribu rupiah*).
- Berdasarkan Akad *Tabarru'*, saya hibahkan sebagian Kontribusi menjadi Dana *Tabarru'* untuk tujuan tolong menolong sesama Peserta bila ada yang mengalami musibah.
- Berdasarkan Akad Wakalah bil Ujroh, saya amanahkan pengelolaan Dana Investasi Pemegang Polis kepada PT AJS Amanahjiwa Giri Artha dengan ujroh sesuai pemilihan penempatan dana Artha Stabil sebesar 1,5%, Artha Selaras sebesar 2,5% dan Artha Agresif sebesar 3,5%.
- Berdasarkan Akad Mudharabah, saya amanahkan pengelolaan investasi Dana *Tabarru'* kepada PT AJS Amanahjiwa Giri Artha dengan nisbah bagihasil 40% untuk Dana *Tabarru'* dan 60% untuk PT AJS Amanahjiwa Giri Artha.
- Jika terdapat Surplus Underwriting dalam Dana *Tabarru'*, saya setuju dialokasikan untuk Cadangan Dana *Tabarru'*, Pemegang Polis yang memenuhi syarat serta Pengelola sesuai dengan ketentuan Polis yang diterbitkan PT Asuransi Jiwa Syariah Amanahjiwa Giri Artha.
- Peserta yang berhak atas surplus underwriting adalah: (a) Polis Peserta masih berlaku dan telah berjalan sekurang-kurangnya 12 (dua belas) bulan; (b) Peserta tidak pernah mengajukan klaim atau menerima pembayaran Uang Asuransi; dan (c) Peserta telah melunasi Kontribusi Jatuh Temponya.
- Perusahaan akan memberikan pinjaman dalam bentuk Qardh kepada Dana *Tabarru'* dalam hal:
 - Tingkat solvabilitas Dana *Tabarru'* kurang dari jumlah minimum yang dipersyaratkan.
 - Jumlah investasi dalam kekayaan yang dapat diperhitungkan dalam perhitungan tingkat kesehatan keuangan Dana *Tabarru'*, lebih kecil dari jumlah penyisihan/cadangan teknis dan kewajiban pembayaran Uang Asuransi / klaim retensi sendiri dari Dana *Tabarru'*.
 - Terjadi selisih kurang atau defisit underwriting Dana *Tabarru'*.
 - Dana *Tabarru'* tidak cukup untuk membayar Santunan Asuransi / klaim kepada Peserta.
- Pengembalian Qardh kepada PT AJS Amanahjiwa Giri Artha dilakukan dari Surplus Underwriting dan/atau Dana *Tabarru'*.

PERNYATAAN PEMEGANG POLIS dan PIHAK YANG DIASURANSIKAN (Harap dibaca dengan teliti sebelum menandatangani SPAJS ini)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, sebagai pemegang polis/pihak yang diasuransikan menyatakan bahwa :

- Saya telah membaca, mengerti dan menjawab seluruh pertanyaan pada SPAJ ini dengan lengkap dan benar serta seluruh keterangan, pernyataan dan penjelasan telah saya baca dan periksa kembali kebenarannya sebelum menandatangani SPAJS ini. Seluruh keterangan, pernyataan dan penjelasan dalam SPAJS menjadi dasar asuransi dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis yang dimintakan. Dalam hal terdapat atau ditemukannya ketidaksesuaian dan/atau ketidakbenaran atas keterangan, pernyataan dari penjelasan serta dokumen - dokumen terkait lainnya atau terdapat hal -hal yang saya tidak diberitahukan, maka saya akan tunduk pada ketentuan Polis dan saya akan menanggung segala risikonya.
- Seluruh salinan dokumen yang diberikan sehubungan dengan penutupan asuransi ini dan semua salinan atas dokumen tersebut adalah sesuai asli dan masih berlaku.
- Saya tidak akan memberikan keterangan, pernyataan dan penjelasan kepada orang lain yang mempunyai hubungan dengan PT AJS Amanah Githa yang bertujuan mengubah keterangan, pernyataan dan penjelasan dalam SPAJS ini.
- Saya setuju bahwa perjanjian ini berlaku mulai tanggal akseptasi yang tercantum dalam polis.
- Saya telah mendapatkan penjelasan tentang produk yang ditawarkan dan sepenuhnya mengerti, menyadari dan menyetujui dan karenanya menerima untuk tunduk terhadap ketentuan dalam Polis yang dikeluarkan oleh PT Asuransi Jiwa Syariah Amanahjiwa Giri Artha.
- Saya setuju bahwa pernyataan transaksi akan dilampirkan dalam Polis berdasarkan nilai unit yang akan ditentukan pada tanggal perhitungan setelah SPAJS ini disetujui dan kontribusi diterima oleh kantor pusat Perusahaan.
- Saya telah mendapatkan penjelasan dan sepenuhnya mengerti, menyadari dan menerima hal-hal sebagai berikut:**
 - Nilai unit dari masing-masing jenis investasi yang saya pilih dapat meningkat atau menurun sesuai kondisi pasar tanpa ada jaminan akan adanya batas minimal dan maksimal.
 - Segala risiko atas pemilihan jenis investasi sepenuhnya menjadi tanggung jawab saya.
 - Segala biaya (ujroh) yang timbul dari jenis Dana Investasi dan produk ini akan menjadi beban saya.

SURAT KUASA PEMEGANG POLIS dan PIHAK YANG DIASURANSIKAN (Harap dibaca dengan teliti sebelum menandatangani SPAJS ini)

Dengan ini, saya memberikan dan menerima kuasa yang tidak dapat ditarik kembali atau dibatalkan kepada dokter, klinik laboratorium, rumah sakit, perusahaan asuransi, instansi lain atau perorangan yang mempunyai catatan/keterangan tentang diri saya berhubungan dengan riwayat kesehatan, penyakit atau perawatan saya untuk diberikan kepada Pengelola (PT AJS Amanah Githa) atau petugas yang ditunjuk oleh Pengelola. Surat kuasa ini tidak berakhir dengan sebab apapun, termasuk meninggalnya saya. Salinan Surat Kuasa ini berlaku sama kuatnya dengan aslinya.

Dibuat di
Tanggal - -
dd-mm-yyyy

Pemegang Polis
tanda tangan dan nama yang jelas

Pihak Yang Diasuransikan
tanda tangan dan nama yang jelas

Perhatian !

- Tandatangani Formulir ini setelah Anda yakin bahwa jawaban-jawaban Anda telah sesuai dengan keadaan sebenarnya
- Jangan menandatangani Formulir ini dalam keadaan kosong**
- Pembayaran Kontribusi dilakukan hanya dengan melakukan transfer ke rekening PT Asuransi Jiwa Syariah Amanahjiwa Giri Artha
- Untuk Usia Pihak Yang Diasuransikan kurang dari 17 tahun, tanda tangan dapat diwakilkan oleh Orang tua/ Wali

PERNYATAAN PETUGAS PEMASARAN

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Sudah berapa lama Anda mengenal Pihak Yang Diasuransikan ? _____ | Ya | Tidak |
| 2. Apakah ada hubungan keluarga dengan Pemegang Polis / Pihak Yang Diasuransikan ?
Bila "Ya", Jelaskan _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Apakah Anda sudah menjelaskan kepada Calon Pemegang Polis / Pihak Yang Diasuransikan bahwa jawaban yang tidak benar akan berakibat batalnya perjanjian asuransi ini ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Apakah Anda sudah menjelaskan kepada Calon Pemegang Polis / Pihak Yang Diasuransikan semua ketentuan yang terdapat dalam Polis berkaitan dengan perjanjian asuransi ini ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Apakah Anda bertemu dengan calon Pihak Yang Diasuransikan dalam keadaan sehat ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Perkiraan penghasilan kotor Calon Pemegang Polis per tahun Rp. _____ | | |

7.1. Klasifikasi Pekerjaan Pihak Yang Diasuransikan

- Profesional (misal: pengacara, dokter, akuntan, dll)
- Eksekutif / Manajer
- Pemilik / Pengusaha
- Pemasaran
- Karyawan
- Jasa
- Buruh
- Pelajar / Mahasiswa
- Ibu Rumah Tangga
- Lain-lain, Jelaskan: _____

7.2. Klasifikasi Bidang Industri Pihak Yang Diasuransikan

- Pertanian
- Sumberdaya Alam
- Konstruksi
- Manufaktur
- Transportasi, komunikasi, dan sarana
- Perdagangan
- Jasa Keuangan
- Pemerintahan
- Lain-lain, Jelaskan: _____

Saya dengan ini menyatakan bahwa semua keterangan yang terdapat dalam SPAJS ini adalah semata-mata keterangan yang diberikan oleh calon Peserta dan saya tidak menyembunyikan informasi apapun yang dapat mempengaruhi penerimaan permohonan asuransi ini. Bilamana penjelasan yang telah saya berikan ternyata dikemudian hari diketahui menyimpang dari yang sebenarnya, maka dengan ini saya menyatakan bersedia menanggung akibat dari penyimpangan penjelasan yang telah saya berikan tersebut sesuai dengan peraturan yang ditetapkan oleh Perusahaan.

Selanjutnya saya menyatakan bahwa saya tidak memberikan pernyataan kepada calon Pemegang Polis yang bertentangan dengan ketentuan yang ada pada Perusahaan

Dibuat di
 Tanggal - -
 dd-mm-yyyy

 Petugas Pemasaran
 tanda tangan dan nama yang jelas

 Kepala kantor
 tanda tangan dan nama yang jelas

 Administrasi kantor
 tanda tangan dan nama yang jelas

SELEKSI RISIKO / UNDERWRITING

- Proses Underwriting Non Medikal Medikal
- Jenis Medis LPK 2 LPK Urine EKG Thorax Photo ADR ADL Treadmill
- HIV Test Tumor Marker

Keterangan Hasil Pemeriksaan Medis : _____

Keputusan Tunda Tolak Ket. : _____

Fakultatif Ket. : _____

Terima Standar Substandar dengan Extra Mortalita _____ % atau Extra Kontribusi _____ permill

Tanggal : _____ Tanggal : _____ Tanggal : _____

 Underwriter I

 Underwriter II

 Underwriter III

Catatan Underwriting :

SURAT KUASA PENDEBETAN KARTU KREDIT

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama Pemilik Kartu Kredit :

Nomor Kartu Kredit :

Nama Bank Penerbit Kartu :

Tanggal Kadaluarsa Kartu Kredit : - -

Jenis Kartu Kredit : Visa Mastercard

Hubungan Pemilik Rekening dengan Peserta :

Selanjutnya disebut sebagai " **Pemberi Kuasa** "

Dengan ini memberikan kuasa kepada PT Asuransi Jiwa Syariah Amanahjiwa Giri Artha untuk mendebet kartu kredit saya sehubungan dengan pembayaran kontribusi termasuk kontribusi tambahan (jika ada) yang berlaku terhadap Polis tersebut di bawah ini :

Nomor SPAJS :

Nama Produk :

Nama Pemegang Polis :

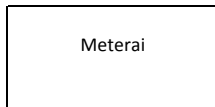
Total Kontribusi : Rp /bulan/triwulan/semesteran/tahunan *¹)

(terbilang) :

Biaya transaksi pendebitan menjadi beban saya dan dalam hal terjadi gagal debit atas kartu kredit saya, maka segala akibat yang timbul berkenaan dengan gagal debit tersebut menjadi tanggung jawab saya.

Surat Kuasa ini berlaku terhitung sejak ditandatangani oleh Pemberi Kuasa dan akan berakhir dengan sendirinya apabila terjadi pencabutan atas Kuasa ini, yang diberitahukan secara tertulis kepada PT Asuransi Jiwa Syariah Amanahjiwa Giri Artha. demikian Surat Kuasa ini saya buat dengan sebenarnya untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

- -



Nama Lengkap pemberi kuasa

*¹) coret yang tidak perlu

Note : Untuk pendebitan rekening tabungan, bank yang dapat digunakan adalah BANK BNI SYARIAH

BUKTI PENGAJUAN ASURANSI JIWA



Nomor SPAJS :

Nama Calon Pemegang Polis :

Nama Calon Pihak Yang Diasuransikan :

Asuransi Dasar : AMAR Periode Pembayaran Kontribusi :

Asuransi Tambahan : 1. Bulanan Sekaligus

2. Triwulanan

3. Semesteran

Jumlah Kontribusi Pertama : Rp Tahunan

Pembayaran Kontribusi Pertama ditujukan ke Rekening

Bank BNI Syariah atas nama PT Asuransi Jiwa Syariah Amanahjiwa Giri Artha

Ditandatangani di

Tanggal - -

Mengetahui,

Tanda tangan Pemegang Polis

Perhatian !

Pembayaran Kontribusi harus disetor langsung dan ditujukan ke rekening PT Asuransi Jiwa Syariah Amanahjiwa Giri Artha



SURAT PENGAJUAN ASURANSI JIWA SYARIAH (SPAJS) - INDIVIDU

PT ASURANSI JIWA SYARIAH AMANAHJIWA GIRI ARTHA

BISMILLAHIRRAHMANIRROHIM

No. SPAJS : _____ Kode Agen : _____
Tanggal : _____ Nama Agen : _____
dd/mm/yyyy Nama Kantor Pemasaran : _____

-Isi dengan tinta **HITAM**, huruf **CETAK**, tidak keluar kotak dan jelas.

-Jika pengisian salah, harap dicoret dan ditandatangani (bukan paraf) oleh WAKIL PEMEGANG POLIS (Jangan menggunakan tip ex)

DATA PEMEGANG POLIS

No. Telepon Kantor / Faks Kantor _____ - _____ / _____ - _____
Alamat Kantor _____

Kota _____ Kode POS _____

Nomor NPWP Pemegang Polis* _____

Dibuat di
Tanggal _____
dd/mm/yyyy

tanda tangan PEMEGANG POLIS

tanda tangan PIHAK YANG DIASURANSIKAN

Nama Jelas

Nama Jelas

Catatan :

Formulir SPAJS ini sesuai dengan Ketentuan serta Peraturan Regulasi Pemerintah dan POJK

* Lampirkan dengan Copy Dokumen Pendukung

PERTANYAAN INVESTASI

Pilih satu jawaban dari masing-masing pertanyaan

1. Anda berencana menginvestasikan dananya berapa lama?
 - a. Lebih dari 5 tahun dari sekarang (30)
 - b. Antara 1-5 tahun dari sekarang (15)
 - c. Maksimum 1 tahun dari sekarang (5)

2. Investasi yang paling sesuai dengan tujuan anda adalah?
 - a. Saham (30)
 - b. kombinasi saham, obligasi syariah, deposito (20)
 - c. obligasi syariah dan deposito (5)

3. Alokasi pilihan ber investasi ?
 - a. Saham 80% dan deposito 20 % (30)
 - b. Saham 50% dan obligasi syariah 50% (20)
 - c. Obligasi syariah 60% dan deposito 40% (5)

4. Pernyataan mana yang paling menggambarkan diri Anda?
 - a. Saya dapat menerima risiko turunnya dana investasi sampai dengan 50% (30)
 - b. Saya dapat menerima risiko turunnya dana investasi sampai dengan 20% (20)
 - c. Saya tidak dapat menerima risiko turunnya dana investasi (5)

5. Apabila terjadi kerugian pada penempatan investasi pada produk ini, dampak risiko terhadap Anda?
 - a. Normal, karena saya sudah memperhitungkan risiko (30)
 - b. Berpengaruh, karena investasi tersebut merupakan sebagian dari dana investasi (15)
 - c. Sangat berpengaruh, karena semua dana investasi bergantung di produk ini (5)