

SURAT PERMINTAAN ASURANSI JIWA KREDIT (SPAJK)

HARAP DIISI DENGAN HURUF CETAK

(Sesuai dengan data yang diberikan kepada Bank/Perusahaan Pemberi Kredit)

 Kotak mohon dapat dipilih dengan memberikan tanda checklist ✓

Apabila ada Jawaban "Ya", harap dapat diberi penjelasan pada kolom yang disediakan

NAMA PRODUK ASURANSI	
JENIS ASURANSI	Asuransi Jiwa
MANFAAT ASURANSI	Meninggal Dunia

1. DATA CALON TERTANGGUNG	
Nama Lengkap	: _____
No KTP	: _____
Tempat Lahir	: _____ Tanggal Lahir ____/____/____ (dd/mm/yy)
Jenis Kelamin	: <input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita Status : <input type="checkbox"/> Menikah <input type="checkbox"/> Belum Menikah <input type="checkbox"/> Janda/Duda
Alamat Tempat Tinggal Saat Ini	: _____
	Kelurahan : _____ Kecamatan: _____ Kode Pos: _____
No. HP	: _____ Telp. Rumah : _____
No Rekening Tabungan	: _____ (No. Rekening yang terdaftar pada Bank Pemberi Kredit)
Pekerjaan/Uraian Pekerjaan	: _____
Nama Tempat Kerja/Usaha	: _____
Alamat Tempat Kerja/Usaha	: _____
Sumber Penghasilan	: <input type="checkbox"/> Gaji <input type="checkbox"/> Hasil Usaha <input type="checkbox"/> Lainnya, jelaskan _____
Jumlah Penghasilan Per Tahun	: <input type="checkbox"/> ≤ Rp25 juta <input type="checkbox"/> Rp25 juta s.d. Rp100 juta <input type="checkbox"/> > Rp 100 juta s.d. Rp250 juta <input type="checkbox"/> > Rp250 juta s.d. Rp500 juta <input type="checkbox"/> Rp > Rp500 juta

2. PERINCIAN PERTANGGUNGAN	
Usia Masuk Tertanggung	: _____ Tahun (sesuai dengan Usia Nasabah pada kalkulator premi)
Uang Pertanggungan	: Rp _____
Tgl Akad Kredit	: ____/____/____ (Tgl/Bln/Thn)
Premi Asuransi	: Rp. _____
Masa Asuransi	: _____ Bulan

3. Non Medis dan Medis, selanjutnya dengan mengisi Pertanyaan pada Point 3 A, B, C, D, E, F, dan G dibawah ini :						
A. Tinggi Badan & Berat Badan	: ____ cm & ____ kg Berat badan bertambah/berkurang dalam 12 bulan terakhir, Jika "YA" jelaskan kenaikan/penurunan berat badan ____ kg	<table border="1"> <tr> <th>YA</th> <th>TIDAK</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	YA	TIDAK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
YA	TIDAK					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
B. Apakah Anda Merokok	: Jika "YA" jelaskan ____ Batang/Bungkus perhari	<table border="1"> <tr> <th>YA</th> <th>TIDAK</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	YA	TIDAK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
YA	TIDAK					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
C. Apakah Anda dalam kurun waktu 2 tahun terakhir pernah melakukan pemeriksaan medis (yaitu Laboratorium, Radiologi, EKG, Treadmil, CT Scan, MRI, Biopsi, dan pemeriksaan lainnya) dengan hasil di luar batas normal atau pernah diberitahukan/sedang/menderita atau mendapatkan nasehat medis/dirujuk kedokter spesialis atau dokter umum untuk kelainan/gangguan dari salah satu penyakit :	<input type="checkbox"/> Sakit dada (Chest pain) <input type="checkbox"/> Leukimia <input type="checkbox"/> Penyakit/kelainan otak <input type="checkbox"/> Penggunaan/Ketergantungan Alkohol <input type="checkbox"/> Darah tinggi <input type="checkbox"/> Paru-paru <input type="checkbox"/> Kelenjar getah bening <input type="checkbox"/> AIDS/HIV <input type="checkbox"/> Stroke <input type="checkbox"/> Kanker/Tumor <input type="checkbox"/> Lambung/usus <input type="checkbox"/> Penyakit Lain, sebutkan _____ <input type="checkbox"/> Jantung & Pembuluh Darah <input type="checkbox"/> Kencing Manis <input type="checkbox"/> Liver <input type="checkbox"/> Kelainan Darah <input type="checkbox"/> Kelainan Jiwa <input type="checkbox"/> Penggunaan/Ketergantungan obat _____	<table border="1"> <tr> <th>YA</th> <th>TIDAK</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	YA	TIDAK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
YA	TIDAK					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
D. Khusus Wanita, apakah saat ini Anda sedang hamil? : Jika "YA" jelaskan umur kehamilan _____ bulan		<table border="1"> <tr> <th>YA</th> <th>TIDAK</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	YA	TIDAK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
YA	TIDAK					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
E. Apakah Anda memiliki hobi yang berisiko tinggi (misalnya Mendaki Gunung, Dirgantara, Balap Motor atau Mobil, Menyelam dan lain-lain) atau terbang dengan pesawat yang tidak mempunyai jadwal tetap?		<table border="1"> <tr> <th>YA</th> <th>TIDAK</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	YA	TIDAK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
YA	TIDAK					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
F. Apakah ada anggota keluarga terdekat Anda (Ayah, Ibu, Kakak, Adik) yang menderita atau meninggal karena penyakit-penyakit sebagaimana disebutkan pada butir (c) diatas? Jika "YA" jelaskan _____		<table border="1"> <tr> <th>YA</th> <th>TIDAK</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	YA	TIDAK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
YA	TIDAK					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
G. Apakah permohonan pertanggungan Asuransi Anda pernah ditolak, ditangguhkan, atau dikenakan premi tambahan? Jika "YA" jelaskan _____		<table border="1"> <tr> <th>YA</th> <th>TIDAK</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	YA	TIDAK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
YA	TIDAK					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

4. PERSETUJUAN PEMASARAN						
Apakah Anda (Calon Tertanggung) bersedia untuk menerima informasi, penawaran produk dan/atau layanan serta dihubungi oleh Tenaga Pemasar.		<table border="1"> <tr> <th>YA</th> <th>TIDAK</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	YA	TIDAK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
YA	TIDAK					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Dalam hal anda menjawab "YA", Anda mengerti dan menyetujui bahwa persetujuan diatas meliputi : persetujuan untuk dihubungi dan/atau dikirimkan informasi mengenai penawaran produk dan/atau survei nasabah dan kampanye produk, melalui setiap media komunikasi yang tersedia (seperti surat, surat elektronik (email), Short Message Service (SMS), telepon, aplikasi pesan singkat dan media komunikasi digital/elektronik lainnya) oleh Tenaga Pemasar, untuk mengungkapkan informasi data pribadi Anda kepada setiap pihak lainnya terkait kepentingan yang dimaksud. Perhatian : Dalam hal Anda tidak lagi bersedia dihubungi dan menerima informasi penawaran produk Anda dapat mengirim email ke Alamat customerheksa@heksainsurance.co.id						

PERNYATAAN DAN SURAT KUASA

Semua keterangan yang diberikan di dalam SPAJK Kumpulan ini dan Dengan ini saya menyatakan bahwa:

- Semua keterangan yang diberikan di dalam SPAJK Kumpulan ini dan keterangan lain yang Saya sampaikan kepada PT Asuransi Asei Indonesia (selanjutnya disebut ASEI) atau kepada pemeriksa kesehatan yang ditunjuk oleh Heksa adalah benar sudah Saya tuliskan di dalam SPAJK Kumpulan ini (termasuk yang ditulis di dalam dokumen lainnya yang menjadi kelengkapan dan permohonan asuransi ini jika ada) dan tidak ada keterangan – keterangan dan hal – hal lain yang Saya sembunyikan, serta Saya sendiri yang menandatangani SPAJK Kumpulan ini.
- Pembayaran yang dilakukan oleh Saya untuk pembayaran Premi berdasarkan SPAJK Kumpulan ini tidak berasal dari maupun digunakan untuk tujuan tindak pidana pencucian uang dan pendanaan terorisme sebagaimana dimaksud UU No. 8 Tahun 2010 tentang Pencegahan dan Pemberantasan Tindak Pidana Pencucian Uang dan UU

No. 9 Tahun 2013 tentang Pencegahan dan Pemberantasan Tindak Pidana Pendanaan Terorisme (dan/atau perubahannya) termasuk tidak terlibat dan/atau terdapat dalam daftar pendanaan proliferasi senjata pemusnah massal. Apabila ada indikasi pelanggaran atas Undang-Undang dan ketentuan-ketentuan tersebut di atas, maka ASEI akan melaksanakan kewajiban sesuai dengan ketentuan yang berlaku atau atas perintah Lembaga Negara yang berwenang termasuk melakukan kewajiban pelaporan dan memberikan laporan atas transaksi keuangan yang mencurigakan. Dalam rangka memenuhi kewajiban Uji Tuntas Nasabah, Saya bersedia untuk memberikan data yang diminta sesuai dengan peraturan yang berlaku dan Saya bersedia untuk melakukan pengkinian data dalam hal tersebut perubahan data dikemudian hari.

Saya dengan ini memberikan persetujuan serta izin kepada ASEI Indonesia untuk dapat melakukan hal-hal sebagai berikut:

1. Menyimpan dan memproses data dan/atau informasi pribadi Saya (termasuk data dan informasi kesehatan serta financial Saya) dalam rangka dan/atau untuk setiap tujuan berikut ini:
 - a. Proses pengajuan dan permohonan asuransi;
 - b. Penerbitan Polis dan/atau Sertifikat Asuransi;
 - c. Penilaian risiko asuransi;
 - d. Kegiatan operasional ASEI;
 - e. Pengajuan dan penanganan setiap klaim (termasuk namun tidak terbatas pada pemeriksaan dan investigasi klaim);
 - f. Pembayaran manfaat asuransi/klaim;
 - g. Keperluan ko-asuransi termasuk penanganan klaim yang timbul atas ko-asuransi;
 - h. Pelayanan nasabah termasuk penanganan keluhan/complain;
 - i. Pembayaran komisi;
 - j. Kerja sama dalam rangka penemuan atau pencegahan penipuan dan kejahatan keuangan;
 - k. Setiap proses hukum yang melibatkan Heksa dan/atau tenaga pemasarnya;
 - l. Kerja sama reasuransi dan/atau retrosesi;
 - m. Kepatuhan terhadap perintah pengadilan, hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku, dan/atau;
 - n. Proses lainnya yang terkait dengan penyelenggaraan kegiatan asuransi.
2. Mengungkapkan data dan/atau informasi pribadi Saya (termasuk data dan informasi kesehatan serta finansial Saya) kepada pihak-pihak berikut ini:
 - a. Ahli medis dan/atau pihak ketiga lainnya (termasuk mereka yang memberikan perawatan, pelayanan kesehatan dan/atau layanan lainnya kepada Saya);
 - b. Setiap perusahaan (termasuk perusahaan penyedia layanan, perusahaan asuransi, dan perusahaan reasuransi), mitra, orang atau pihak ketiga yang ditunjuk dan/atau bekerja sama dengan Heksa;
 - c. Perusahaan induk Heksa, afiliasi, anak perusahaan, agen dan perwakilannya dan/atau usaha patungan, dan/atau;
 - d. Otoritas, asosiasi dan/atau badan pemerintah (regulator), dalam rangka dan/atau untuk setiap tujuan sebagaimana yang diuraikan dalam butir 1 (a) di atas.
3. Menyimpan serta dapat memproses data dan/atau informasi pribadi Saya (termasuk data dan informasi kesehatan serta financial Saya dan mengungkapkan data dan/atau informasi pribadi tersebut untuk menanggapi perintah pengadilan atau proses hukum atau permintaan dari regulator manapun atau pihak berwenang atau untuk melindungi terhadap penipuan atau aktivitas ilegal lainnya atau untuk tujuan manajemen risiko atau untuk memungkinkan Heksa untuk melakukan upaya hukum yang tersedia atau membatasi kerusakan yang mungkin terjadi terhadap Heksa, dan/atau mematuhi hukum dan proses hukum termasuk tetapi tidak terbatas pada peraturan tentang FATCA dan CRS ("Kebutuhan Pelaporan Pertukaran Informasi Antar Negara"). Saya juga bersedia untuk memberikan informasi/dokumen yang diperlukan guna memenuhi kebutuhan terkait ("Informasi terkait") dan dengan segera menyampaikan pengkinian data kepada Heksa jika ada perubahan atas informasi terkait tersebut.
4. Bahwa apabila ternyata pernyataan, keterangan, dokumen dan jawaban yang Saya berikan tidak benar/diragukan kebenarannya, maka Saya memahami, menyetujui dan menyepakati sepenuhnya bahwa Sertifikat Asuransi menjadi batal dan Heksa dibebaskan dari segala kewajibannya untuk membayar Uang Pertanggungan, segala gugatan, tuntutan, serta klaim atau bagian dari itu dalam bentuk dan nama apapun, maupun mengembalikan Premi baik saat ini maupun dikemudian hari.
5. Pertanggungan atas Tertanggung mulai berlaku terhitung sejak tanggal Fasilitas Kredit dicairkan oleh Pemegang Polis kepada Tertanggung.
6. Premi beserta biaya-biaya lainnya (apabila ada) telah dibayar lunas.
7. Saya dengan ini memberikan kuasa kepada setiap dokter, rumah sakit klinik, puskesmas, instansi lain, perusahaan asuransi, badan hukum, perorangan atau organisasi lainnya, yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan atau kesehatan Saya, suami/istri atau putra/putri Saya, riwayat pengobatan atau perawatan dirumah sakit, nasihat-nasihat dokter baik selama Saya masih hidup atau meninggal dunia dan/atau setiap dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, atau instansi lain, perusahaan asuransi, badan hukum, perorangan atau organisasi lainnya yang ditunjuk atau direkomendasikan oleh Heksa, untuk memberitahu dan mengungkapkan kepada

- Heksa atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala keterangan mengenai diri dan kesehatan Saya, suami/istri, atau putra/putri Saya.
8. Saya dengan ini melepaskan ketentuan-ketentuan yang termaktub dalam Pasal 1813, 1814 dan 1816 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, serta pemberian kuasa ini tidak dapat ditarik kembali dan mengikat para pengganti/ahli waris/penerusnya dan orang yang ditunjuk dan tetap berlaku setelah Saya meninggal atau dalam keadaan cacat atau berada di bawah pengampunan salinan (fotokopi) surat kuasa ini adalah sah dan mempunyai kekuatan hukum yang sama seperti aslinya.
 9. Saya telah mendapatkan penjelasan dan sepenuhnya mengerti serta menerima bahwa apabila Saya membatalkan Kepesertaan Asuransi dalam jangka waktu 14 (empat belas) hari sejak Sertifikat Asuransi Saya terima, maka Heksa wajib mengembalikan paling sedikit sejumlah Premi yang telah Saya bayarkan dikurangi biaya pencetakan dan pengiriman Sertifikat Asuransi, serta biaya pemeriksaan kesehatan Tertanggung (apabila ada).
 10. Saya menyadari sepenuhnya bahwa Heksa memiliki hak untuk menolak/menerima, membatalkan/mengubah (dalam hal ini termasuk untuk menambahkan/mengurangi) ketentuan dalam perjanjian pertanggungan ini, termasuk antara lain untuk menentukan bahwa apabila Calon Tertanggung memberikan pernyataan yang keliru atau tidak benar, Heksa dapat melakukan pembatalan ditolak kepesertaannya oleh Heksa, dan seluruh Premi yang dibayarkan dikembalikan dikurangi biaya-biaya (apabila ada).
 11. Saya mengerti bahwa dalam kapasitas Saya sebagai Calon Tertanggung, Saya dapat membatalkan pertanggungan ini dan berhak untuk menerima Premi yang sudah dibayarkan dikurangi biaya-biaya (apabila ada).
 12. Saya secara sadar dan sudah mengetahui serta memahami sepenuhnya produk yang akan dibeli dan segala risiko atas produk tersebut dan Saya telah mendapatkan penjelasan atas produk yang akan Saya beli dan segala risiko atas produk tersebut berdasarkan SPAJK Kumpulan ini.
 13. Dalam hal Saya memilih korespondensi melalui email dan/atau Sertifikat Asuransi versi elektronik sebagaimana keterangan yang Saya berikan dalam SPAJK Kumpulan ini, maka Saya menyatakan dan menyetujui setiap bentuk korespondensi dan/atau Sertifikat Asuransi versi elektronik dikirimkan melalui email.
 14. Saya mengakui dan menyetujui bahwa SPAJK Kumpulan ini dapat ditandatangani dengan tanda tangan elektronik (baik seluruhnya atau sebagian), yang harus dianggap sebagai tanda tangan asli untuk semua tujuan dan yang memiliki kekuatan hukum yang sama dengan tanda tangan asli (basah). Saya mengakui dan menyetujui bahwa dalam setiap proses hukum dalam setiap hal yang sehubungan dengan SPAJK Kumpulan ini dan/atau produk asuransi dan/atau permohonan ini, Saya secara tegas mengesampingkan setiap hak untuk (i) mengajukan pembelaan atau pelepasan tanggung jawab/kewajiban, dan/atau (ii) membatalkan SPAJK Kumpulan ini, atas alasan penandatanganan SPAJK Kumpulan ini oleh Saya dengan tanda tangan elektronik.
 15. Saya dengan ini menyetujui pernyataan dan kuasa secara lengkap dikirimkan melalui alamat email saya
 16. Saya bersedia untuk dihubungi kembali untuk kepentingan penawaran produk-produk asuransi lainnya milik PT. Asuransi Asei Indonesia, produk-produk rekanan/mitra usaha PT. Asuransi Asei Indonesia (baik dalam masa asuransi/setelah masa asuransi), dan karena ditandatanganinya Surat Permohonan Asuransi Jiwa ini oleh Saya adalah merupakan bukti tertulis pemberian ijin oleh Saya
 - Setuju
 - Tidak Setuju
 17. Saya telah memahami dan mengerti atas Produk, Biaya, Prosedur, & Tatacara, Masa Tunggu (Jika ada), Lien Clause (Jika ada) serta Hak dan Kewajiban termasuk tidak terbatas pada Ringkasan Informasi dan Layanan
 - Setuju
 - Tidak Setuju
 18. Dalam hal ini saya telah menyetujui atas semua informasi yang saya berikan didalam Surat Permintaan Asuransi Jiwa (e SPAJ) Kumpulan ini, dan Saya telah membaca dan memahami semua (namun tidak terbatas) dokumen Surat Permintaan Asuransi Jiwa (e SPAJ) dan Ringkasan Informasi Produk dan Layanan (RIPLAY). Dengan ini Saya menyatakan mengupload Kartu Tanda Penduduk (KTP) saya secara mandiri melalui link yang saya terima, dan Saya akan memasukan nomor verifikasi atau kode OTP yang saya terima melalui nomor telephone saya dan saat memasukan Kode OTP tersebut adalah bentuk persetujuan Saya melalui nomor telephone saya pada aplikasi ini. Dengan ini Saya sudah menandatangani telah menyetujui secara eletronik untuk semua persyaratan dokumen pengajuan asuransi jiwa ini.

Diisi oleh Staf Bank/Perusahaan Pemberi Kredit

Nama Bank/ Institusi Pemberi Kredit :
 Cabang Bank/ Institusi Pemberi Kredit :

Tempat/Ditandatangani di :
 Tanggal :

Staf Bank Pemberi Referensi

Calon Tertanggung

(Tanda tangan dan Nama Jelas Staf Bank)

(Tanda tangan dan Nama Jelas Calon Tertanggung)