GENERALI INDONESIA
Life Insurance Company

Polis Asuransi Jiwa iPLAN

No. Polis 00052145

Berdasarkan Surat Permohonan Asuransi Jiwa beserta semua pernyataan dan keterangan yang disampaikan oleh:

SUDARMADI

(selanjutnya disebut "Pemegang Polis")

Maka dengan ini **PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia** *(selanjutnya disebut "Penanggung")* telah menyetujui untuk membayarkan Manfaat Asuransi berkenaan diri Tertanggung (atau para Tertanggung).

Selanjutnya Polis ini dapat digunakan sebagai dokumen yang sangat berharga dikemudian hari jika Tertanggung mengalami hal-hal yang sudah disetujui dalam Ringkasan Polis, Ketentuan Umum Polis, Ketentuan Khusus, Ketentuan Tambahan dan Ketentuan lainnya (apabila ada) yang dilampirkan dalam Polis ini dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis ini.

Penanggung telah memberlakukan Polis ini pada Tanggal Berlaku Polis yang tercantum dalam Ringkasan Polis.

Jakarta, 30 Oktober 2014
PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia

Petrus Tatipatta
Direktur

BEA METERAI LUNAS
Rp. 6000,-

0119-00052145-20141030-04

GENERALI INDONESIA
Life Insurance Company

RINGKASAN POLIS

Nomor SPAJ	: 0267836
Nomor Polis	: 00052145
Pemegang Polis	: SUDARMADI
Tertanggung Utama	: SUDARMADI
Tanggal Lahir (Usia Masuk)	: 27 April 1959 (56 Tahun)
Jenis Pilihan Produk Asuransi Jiwa	: iPLAN
Tanggal Berlaku	: 30 Oktober 2014
Cara Pembayaran Premi	: Semesteran
Mata Uang	: Rupiah
Premi Dasar Berkala	: 1.200.000
Premi Top-Up Berkala	: 600.000
Manfaat Asuransi	: Jika Tertanggung meninggal dunia dalam masa asuransi maka akan dibayarkan Uang Pertanggungan ditambah dengan nilai investasi (jika ada).
Yang Ditunjuk	: LISTIYAWATI (Adik) SRI WARDANI (Adik) LINDAWATI (Adik)

Jenis Asuransi	Untuk Tertanggung	Uang Pertanggungan	Tanggal Akhir Pembayaran Biaya Asuransi	Masa Pertanggungan
Asuransi Dasar :				
iPLAN	T. Utama	60.000.000	30/09/2057	30/10/2014 - 30/10/2057
Asuransi Tambahan :				

Pilihan Fasilitas

A. *Auto Trading*
- *Profit Climbing* 1%
- *Cut Loss (-)* 3%

B. *Auto Re Entry (-)* 5%

C. *Bounce Back* Y

Jenis Inventasi Alokasi Dana (%)

- Generali Equity II : 100%

GENERALI

0267836

Nomor SPAJ - FATCA PRODUCT

SURAT PERMOHONAN ASURANSI JIWA

Diisi oleh Sales/ Tenaga Pemasar

No. Virtual acc : 0007410026 7836

No. CIF :

No. Investment ID :

No. SOL ID :

Kode Produk : ☑ i-PLAN (RUI) ☐ UB Rich (UBR) ☐ Lainnya _____

Pengajuan oleh : ☑ Perorangan ☐ Perusahaan

- ISILAH FORMULIR INI DENGAN HURUF CETAK, MENGGUNAKAN PULPEN WARNA HITAM DAN TULISAN TIDAK KELUAR DARI KOTAK
- PEMBETULAN/REVISI DENGAN DI TIP-EX TIDAK DIPERKENANKAN
- SETIAP PEMBETULAN/REVISI HARUS DISETUJUI DAN DITANDATANGANI OLEH CALON PEMEGANG POLIS DAN/ATAU CALON TERTANGGUNG DENGAN MENGGUNAKAN FORMULIR PERUBAHAN SPAJ
- MOHON TIDAK MENANDATANGANI FORMULIR INI, JIKA BELUM DISI LENGKAP

DATA PRIBADI CALON PEMEGANG POLIS

1. Nama Lengkap (Tidak Termasuk Gelar (sesuai KTP/SIM/Paspor)) : SUDARMADI — Gelar :
2. Alamat Penagihan/ Korespondensi : JL. SINGA UTARA DLM 1-17C RT009/004 KEL. KALICARI KEC. PEDURUNGAN SEMARANG — Telp Rumah :
   Handphone : 08883961995
   Kode POS :
   E-mail :
   Kewarganegaraan : INDONESIA
3. Jenis Kelamin : ☑ Laki-laki ☐ Wanita
4. Status : ☐ Menikah ☑ Tidak Menikah ☐ Janda ☐ Duda
5. Jenis Identitas : ☑ KTP ☐ Paspor ☐ SIM ☐ Akte Kelahiran ☐ Lainnya _____
   Nomor Identitas : 3374032704590001
   Nomor NPWP :
   Tempat Lahir : SURAKARTA
   Tanggal Lahir : 27-04-1959 Umur : 55 Tahun
   Negara Lahir : INDONESIA
6. Pekerjaan/ Bidang Usaha : DISTRIBUTOR ALAT TULIS
7. Nama Perusahaan/ Sekolah : TOTAL KARYA LESTARI
8. Alamat Perusahaan / Sekolah : RUKO GRIYA KANAAN BLOK E JL. DR. CIPTO
9. Jabatan : KASIR
10. Uraian Pekerjaan : DISTRIBUTOR KERTAS DAN ALAT TULIS
11. Alat Bantu yang digunakan :
12. Apakah calon pemegang polis memiliki (i) Kewarganegaraan Amerika Serikat; (ii) Memiliki status permanent resident/ US Green Card Holder? ☐ Ya ☑ Tidak
13. Selain informasi diatas apakah calon pemegang polis (i) Memiliki alamat/ domisili di Amerika Serikat; (ii) Memiliki No. telepon/ telex/ fax/ email Amerika Serikat; (iii) Memiliki rekening pada Bank di Amerika Serikat; (iv) Lahir di Amerika Serikat? ☐ Ya ☑ Tidak
14. Apakah perusahaan sebagai pemegang polis (i) Didirikan di Amerika Serikat; (ii) Memiliki pemegang saham berkewarganegaraan/ merupakan perusahaan Amerika Serikat; (iii) Merupakan grup perusahaan Amerika Serikat; (iv) Memiliki No. telepon/ telex/ fax/ email Amerika Serikat; (v) Memiliki surat kuasa kepada orang Amerika Serikat? ☐ Ya ☑ Tidak

DATA PRIBADI CALON TERTANGGUNG UTAMA

(APABILA CALON TERTANGGUNG UTAMA SAMA DENGAN CALON PEMEGANG POLIS, MAKA KOLOM UNTUK CALON TERTANGGUNG UTAMA TIDAK PERLU DIISI)

15. Nama Lengkap (Tidak Termasuk Gelar (sesuai KTP/SIM/Paspor)) : — Gelar :
16. Alamat Penagihan/ Korespondensi : — Telp Rumah :
    Handphone :
    Kode POS :
    E-mail :
    Kewarganegaraan :
17. Jenis Kelamin : ☐ Laki-laki ☐ Wanita
18. Status : ☐ Menikah ☐ Tidak Menikah ☐ Janda ☐ Duda
19. Jenis Identitas : ☐ KTP ☐ Paspor ☐ SIM ☐ Akte Kelahiran ☐ Lainnya _____
    Nomor Identitas :
    Nomor NPWP :
    Tempat Lahir :
    Tanggal Lahir : Umur : Tahun
20. Pekerjaan/ Bidang Usaha :
21. Nama Perusahaan/ Sekolah :
22. Alamat Perusahaan / Sekolah :
23. Jabatan :
24. Uraian Pekerjaan :
25. Alat Bantu yang digunakan :
26. Hubungan Calon Pemegang Polis dengan Calon Tertanggung : ☐ Suami/Istri ☐ Anak ☐ Ayah/Ibu ☐ *) Saudara kandung ☐ *) Lainnya _____

*) Sebutkan alasan mengasuransikannya

Tanda Tangan Calon Pemegang Polis sesuai kartu identitas

SPAJ RPUL Agency Ver. 1.5/04/2014

1/7

0267836

Nomor SPAJ - FATCA PRODUCT

DATA PRIBADI CALON TERTANGGUNG TAMBAHAN I

27. Nama Lengkap (Tidak Termasuk Gelar) (sesuai KTP/SIM/Paspor) :

28. Jenis Kelamin : ☐ Laki-laki ☐ Wanita 29. Status : ☐ Menikah ☐ Tidak Menikah ☐ Janda ☐ Duda

30. Jenis Identitas : ☐ KTP Nomor Identitas :
☐ SIM Nomor NPWP :
☐ Paspor Tempat Lahir :
☐ Akte Kelahiran Tanggal Lahir : - - Umur : Tahun
☐ Lainnya

31. Pekerjaan/ Bidang Usaha :

32. Nama Perusahaan/ Nama Sekolah :

33. Jabatan :

34. Uraian Pekerjaan :

35. Hubungan Calon Tertanggung Tambahan I dengan Calon Tertanggung Utama : ☐ Suami/Istri ☐ Anak ☐ Ayah/Ibu ☐ *) Saudara Kandung ☐ *) Lainnya ___

*) Sebutkan alasan mengasuransikannya:

DATA PRIBADI CALON TERTANGGUNG TAMBAHAN II

36. Nama Lengkap (Tidak Termasuk Gelar) (sesuai KTP/SIM/Paspor) :

37. Jenis Kelamin : ☐ Laki-laki ☐ Wanita 38. Status : ☐ Menikah ☐ Tidak Menikah ☐ Janda ☐ Duda

39. Jenis Identitas : ☐ KTP Nomor Identitas :
☐ SIM Nomor NPWP :
☐ Paspor Tempat Lahir :
☐ Akte Kelahiran Tanggal Lahir : - - Umur : Tahun
☐ Lainnya

40. Pekerjaan/ Bidang Usaha :

41. Nama Perusahaan/ Nama Sekolah :

42. Jabatan :

43. Uraian Pekerjaan :

44. Hubungan Calon Tertanggung Tambahan II dengan Calon Tertanggung Utama : ☐ Suami/Istri ☐ Anak ☐ Ayah/Ibu ☐ *) Saudara Kandung ☐ *) Lainnya ___

*) Sebutkan alasan mengasuransikannya:

DATA PRIBADI CALON TERTANGGUNG TAMBAHAN III

45. Nama Lengkap (Tidak Termasuk Gelar) (sesuai KTP/SIM/Paspor) :

46. Jenis Kelamin : ☐ Laki-laki ☐ Wanita 47. Status : ☐ Menikah ☐ Tidak Menikah ☐ Janda ☐ Duda

48. Jenis Identitas : ☐ KTP Nomor Identitas :
☐ SIM Nomor NPWP :
☐ Paspor Tempat Lahir :
☐ Akte Kelahiran Tanggal Lahir : - - Umur : Tahun
☐ Lainnya

49. Pekerjaan/ Bidang Usaha :

50. Nama Perusahaan/ Nama Sekolah :

51. Jabatan :

52. Uraian Pekerjaan :

53. Hubungan Calon Tertanggung Tambahan III dengan Calon Tertanggung Utama : ☐ Suami/Istri ☐ Anak ☐ Ayah/Ibu ☐ *) Saudara Kandung ☐ *) Lainnya ___

*) Sebutkan alasan mengasuransikannya:

DATA PRIBADI CALON TERTANGGUNG TAMBAHAN IV

54. Nama Lengkap (Tidak Termasuk Gelar) (sesuai KTP/SIM/Paspor) :

55. Jenis Kelamin : ☐ Laki-laki ☐ Wanita 56. Status : ☐ Menikah ☐ Tidak Menikah ☐ Janda ☐ Duda

57. Jenis Identitas : ☐ KTP Nomor Identitas :
☐ SIM Nomor NPWP :
☐ Paspor Tempat Lahir :
☐ Akte Kelahiran Tanggal Lahir : - - Umur : Tahun
☐ Lainnya

Tanda Tangan Calon Pemegang Polis sesuai kartu identitas

0267836

Nomor SPAJ - FATCA PRODUCT

58. Pekerjaan/ Bidang Usaha :
59. Nama Perusahaan/ Nama Sekolah :
60. Jabatan :
61. Uraian Pekerjaan :
62. Hubungan Calon Tertanggung Tambahan IV dengan Calon Tertanggung Utama : ☐ Suami/ Istri ☐ Anak ☐ Ayah/Ibu ☐ *) Saudara Kandung ☐ *) Lainnya ____

*) Sebutkan alasan mengasuransikannya:

PERTANYAAN YANG MERUJUK PADA PERATURAN MENTERI KEUANGAN RI MENGENAI PENERAPAN PRINSIP MENGENAL NASABAH BAGI LEMBAGA KEUANGAN NON BANK

63. Tujuan Asuransi: ☑ Proteksi ☑ Investasi ☐ Pendidikan ☐ Pensiun ☐ Tujuan Usaha ☐ Lain-lain, Jelaskan
64. Pembayar Premi: ☑ Pemegang Polis ☐ Tertanggung ☐ Pihak yang ditunjuk ☐ Lainnya, mohon mengisi Form Kuesioner Beneficial Owner
65. Sumber Penghasilan Pembayar Premi :
☑ Gaji ☐ Hasil Investasi ☑ Bisnis Pribadi ☐ Bonus / Komisi ☐ Lainnya, Jelaskan
66. Sebutkan nominal dari Penghasilan kotor per tahun (Rp) yang dipilih:
☐ <12 juta ☐ 12 juta – 60 juta ☑ 61 juta – 120 juta ☐ 121 juta – 300 juta ☐ 301 juta – 500 juta ☐ > 500 juta, Sebutkan

Apabila penghasilan yang diperoleh adalah dollar (USD), maka yang dicantumkan adalah equivalen rupiah dengan nilai 1 USD sama dengan Rp. 10,000.00 pada saat pengisian.

67. Untuk Calon Pemegang Polis Perusahaan atau Badan Hukum harus menjawab pertanyaan dibawah ini dan melampirkan dokumen sebagai berikut
A. Asset (Rp.) ☐ < 100 juta ☐ 100 juta - 1 milyar ☐ > 1 milyar - 10 milyar ☐ > 10 milyar - 100 milyar ☐ > 100 milyar - 500 milyar ☐ > 500 milyar
B. Pendapatan per tahun (Rp) ☐ < 100 juta ☐ > 100 juta - 500 juta ☐ > 500 juta - 1 milyar ☐ > 1- 10 milyar ☐ > 10 milyar
C. Tujuan Asuransi ☐ Proteksi Pendapatan ☐ Proteksi Kredit ☐ Lain - Lain, Jelaskan
D. Fotokopi Akte Pendirian atau Anggaran Dasar Perusahaan dan perubahan-perubahannya yang telah disahkan Menteri Kehakiman dan HAM/Instansi terkait.
E. Fotokopi Surat Izin Usaha Perusahaan (SIUP) atau Surat Izin Tempat Usaha (SITU) dari instansi berwenang.
F. Fotokopi Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP).
G. Fotokopi Tanda Daftar Perusahaan (TDP).
H. Fotokopi Identitas Diri Pengurus (KTP/SIM/Paspor).
I. Surat Kuasa penunjukan sebagai Pemegang Polis dari Perusahaan atau Badan Hukum untuk mempunyai wewenang bertindak untuk dan atas nama Perusahaan/Badan Hukum (bila dikuasakan).

DATA PERTANGGUNGAN DAN PREMI ASURANSI DASAR REGULER PREMIUM UNIT LINK

68.

Pertanggungan Asuransi Dasar	Premi	Uang Pertanggungan
Premi Dasar Berkala	1 200 000	600 000 000
Premi Top Up Berkala	600 000	
Premi Top Up Sekaligus (jika ada)		
Total Premi	1 800 000	

Masa Pertanggungan Asuransi Dasar (sampai usia Tertanggung) 99 Tahun

DATA ASURANSI TAMBAHAN (RIDER)

69. Data Asuransi Tambahan (Rider)

TU	Jenis Asuransi Tambahan (Rider)	Sampai dengan Usia	Uang Pertanggungan
	CI Accell - PLAN	70 Th	
	CI Add - PLAN	70 Th	
	ADB - PLAN	70 Th	
	ADDB - PLAN	70 Th	
	TPD - PLAN	60 Th	
	WoP Basic - PLAN	*55/65/75 Th	
	WoP Full - PLAN	*55/65/75 Th	
	Survivor Basic - PLAN	*55/65/75 Th	
	Survivor Full - PLAN	*55/65/75 Th	
	Health - PLAN **)	70 Th	Plan I ☐ Plan II ☐ Plan III ☐ Plan IV ☐ Plan V ☐ Plan VI ☐
	Medical - PLAN ***)	75 Th	
	MCI - PLAN	*55/65/75/85 Th	

TT1 TT2 TT3 TT4	Jenis Asuransi Tambahan (Rider)	Sampai dengan Usia	Uang Pertanggungan
	WoP Parents - PLAN	*18/25 Th	
	Survivor Parent - PLAN	*18/25 Th	
	WoP Spouse Basic - PLAN	*55/65/75 Th	
	WoP Spouse Full - PLAN	*55/65/75 Th	
	Survivor Spouse Basic - PLAN	*55/65/75 Th	
	Survivor Spouse Full - PLAN	*55/65/75 Th	
	Parent Term Life - PLAN	65 Th	
	Spouse Term Life - PLAN	99 Th	
	Child Term Life - PLAN	18 Th	
	Health - PLAN **)	25/70 Th TT1	
		25/70 Th TT2	
		25/70 Th TT3	
		25/70 Th TT4	
TT1 TT2 TT3 TT4	CI Add - PLAN	25/70 Th TT1	
		25/70 Th TT2	
		25/70 Th TT3	
		25/70 Th TT4	
TT1 TT2 TT3 TT4	Medical - PLAN ***)	25/70 Th TT1	Plan I ☐ Plan II ☐ Plan III ☐ Plan IV ☐ Plan V ☐ Plan VI ☐
		25/70 Th TT2	
		25/70 Th TT3	
		25/70 Th TT4	

Tanda Tangan Calon Pemegang Polis sesuai kartu Identitas

SPAJ RPUL Agency Ver. 1.5/04/2014

3/7

0267836

Nomor SPAJ - FATCA PRODUCT

Ket. Pilih tanda "X" untuk Asuransi Tambahan yang dipilih. TU untuk Calon Tertanggung Utama, TT1 untuk Calon Tertanggung Tambahan I, TT2 untuk Calon Tertanggung Tambahan II, TT3 untuk Calon Tertanggung Tambahan III dan TT4 untuk Calon Tertanggung Tambahan IV.
**) Lingkari salah satu pilihan usia yang dikehendaki.*
***) Uang Pertanggungan Health-PLAN dalam hitungan perhari*
****) Uang Pertanggungan Medical-PLAN :*
Plan I : PLAN 250, Plan II : PLAN 500, Plan III : PLAN 750, Plan IV : PLAN 1000, Plan V : PLAN 1500, Plan VI : PLAN 2000
Masa Pertanggungan untuk Rider Health-PLAN, CI Add-PLAN dan Medical-PLAN untuk Tertanggung Tambahan mengikuti ketentuan Tertanggung Utama/ Tertanggung Tambahan, mana yang lebih dulu terjadi.

70. Cara Bayar Premi — ☐ Tahunan ☑ 6 Bulanan ☐ 3 Bulanan ☐ Bulanan
71. Mata Uang — ☑ Rupiah ☐ US Dollar
72. Media Pembayaran Premi Lanjutan — ☐ Kartu Kredit*) ☐ Debet Rekening*) ☑ Transfer/ATM
**) melampirkan Surat Kuasa Pendebetan Kartu Kredit/Rekening, fotokopi buku rekening / fotokopi kartu kredit.*

FASILITAS ARMS

73. Fasilitas Investasi :
(Centang kotak di bawah jika Anda menginginkan Fasilitas Investasi, Jika Anda tidak menginginkan pilihan dari fasilitas yang tersedia, maka kolom tidak perlu diisi)

☐ Auto Balancing:
Tolerance ± ___ % *(Minimum persentase ± 1%)*

☑ Auto Trading :
☑ Profit Climbing + 1 %
☑ Target Loss - 3 %
Minimum persentase Profit Climbing + 1%
Minimum persentase Target Loss -3%

☑ Auto Re-Entry: ☑ Bounce Back
Virtual Entry Point - 5 % *(Minimum persentase - 1%)*

74. Jenis Dana Investasi
☐ Generali Money Market II — %
☑ Generali Equity II — 100 %
☐ Generali Fixed Income II — %
100 %

Kolom Persetujuan dan Pemberian Kuasa atas Fasilitas Investasi Terpilih:

Dengan memilih fasilitas Investasi Auto Balancing, dan/atau Auto Trading, dan/atau Auto Re-entry, maka Saya:

1. Memahami, menerima dan menyetujui bahwa nilai persentase pada fasilitas yang Saya pilih adalah acuan untuk menerbitkan perintah transaksi pada fasilitas tersebut. Perintah transaksi tersebut akan dijalankan pada hari kerja berikutnya (setelah dokumen pendukung asuransi lengkap dan premi telah diterima di rekening PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia) dan menggunakan harga NAV pada hari dimana transaksi tersebut dijalankan;
2. Memberikan kuasa penuh kepada PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia untuk melakukan proses transaksi Switching, Penebusan dan Pembelian atas dana investasi yang melekat pada produk ini sesuai kebutuhan atas fasilitas terpilih;
3. Menjamin dan membebaskan PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia dari segala tuntutan dan/atau gugatan yang mungkin timbul dari siapapun juga, termasuk dari Saya/Kami, berkenaan dengan dilakukannya proses transaksi sebagaimana diatur dalam poin 2 di atas dan Harga NAV yang berlaku sesuai ketentuan poin 1 di atas.

Disetujui oleh

Sudarmadi
(Nama Lengkap dan Tanda Tangan Pemegang Polis)

75. Data Penerima Manfaat (Yang ditunjuk / Termaslahat) :

No.	Yang Ditunjuk menerima Uang Pertanggungan bila Tertanggung meninggal dunia (nama sesuai dengan identitas yang sah) — Nama Lengkap	Hubungan *)	P/W**)	Tanggal Lahir Tgl	Bln	Thn	% Besar Bagian***)
1.	LINDAWATI	7	W	23	10	75	
2.	SRI WARDANI	7	W	31	07	63	
3.	LISTIYANTI	7	W	16	01	68	

76. Apakah salah satu dari penerima manfaat memiliki (i) Kewarganegaraan Amerika Serikat; (ii) Memiliki status permanent resident/ US Green Card Holder? ☐ Ya ☑ Tidak
77. Selain informasi diatas apakah salah satu dari penerima manfaat (i) Memiliki alamat/ domisili di Amerika Serikat; (ii) Memiliki No. telepon/ telex/ fax/ email Amerika Serikat; (iii) Memiliki rekening pada Bank di Amerika Serikat; (iv) Lahir di Amerika Serikat? ☐ Ya ☑ Tidak

**) Keterangan Hubungan dengan Calon Tertanggung Utama: 1. Suami, 2 Istri, 3. Anak, 4. Ayah, 5. Ibu, 6. Kakak, 7. Adik, 8. Pemberi Kerja, 9. Lainnya ___*
***) Keterangan P/W P : Pria W dWanita*
****) Jika tidak dinyatakan besar persentase besar bagian, maka dianggap dibagi secara prorata (merata).*

DATA KESEHATAN & HOBI CALON TERTANGGUNG

Calon Tertanggung harus menjawab semua pertanyaan dalam Surat Permohonan Asuransi Jiwa ini (dan dalam pernyataan pribadi yang menyangkut kesehatan yang diajukan oleh Penanggung atau Pemeriksa Kesehatan) secara lengkap dan jujur dengan memberikan tanda " x " pada jawaban " Ya " atau " Tidak ", pada kolom TU untuk Calon Tertanggung Utama TT1 untuk calon Tertanggung Tambahan I, TT2 untuk Calon Tertanggung Tambahan II, TT3 untuk Calon Tertanggung Tambahan III, dan TT4 untuk Calon Tertanggung Tambahan IV. Jawaban Calon Tertanggung akan mempengaruhi keputusan Underwriting dan proses pengajuan klaim Jika Surat Permohonan Asuransi Jiwa ini disetujui. Jika dijawab " Ya " maka jelaskan pada kolom yang telah disediakan.

	TU	TT1	TT2	TT3	TT4
78. Tuliskan nama & alamat dokter yang biasa/terakhir Anda kunjungi. Alasan terakhir ke dokter (wajib diisi).	Lama tidak ke dokter				
79. A. Tinggi Badan	164 cm	cm	cm	cm	cm
B. Berat Badan	52 kg	kg	kg	kg	kg

80. Apakah berat badan Anda mengalami kenaikan/ penurunan*) kurang lebih dari 5 (lima) kg dalam 12 bulan terakhir & jelaskan penyebabnya. *) Coret yang tidak perlu.

	TU	TT1	TT2	TT3	TT4
Ya	☐	☐	☐	☐	☐
Tidak	☑	☐	☐	☐	☐

81. Apakah Anda sedang atau pernah mengalami gejala-gejala, diperiksa, menderita, didiagnosis, mendapatkan pengobatan, disarankan atau menjalani rawat inap, menjalani operasi, dianjurkan untuk mendapat nasehat medis, telah mendapat nasehat medis, atau dirujuk ke dokter, untuk kelainan :
A. Mata : Katarak, retina lepas, infeksi mata, kebutaan dan fungsi penglihatan ?

	TU	TT1	TT2	TT3	TT4
A. Ya	☐	☐	☐	☐	☐
Tidak	☑	☐	☐	☐	☐

Tanda Tangan Calon Pemegang Polis sesuai kartu identitas

0267836

Nomor SPAJ - FATCA PRODUCT

	TU	TT1	TT2	TT3	TT4	
B. Telinga, Hidung, Tenggorokan dan Mulut ?						Ya
	✓					Tidak
C. Paru-paru : Batuk lama, Batuk berdarah, TBC, bronchitis/radang saluran pernapasan, asma, sesak napas, gangguan sistem pernapasan ?						Ya
	✓					Tidak
D. Jantung dan pembuluh darah : tekanan darah tinggi, nyeri dada, sesak napas, jantung berdebar-debar atau tidak teratur, serangan jantung, penyempitan/penyumbatan, stroke, sakit jantung, varises, peredaran darah, kolesterol ?						Ya
	✓					Tidak
E. Organ Perut : Sakit kuning, hepatitis, gangguan hati, saluran empedu, batu empedu, sakit maag/tukak lambung, muntah darah, buang air besar berdarah, wasir, hernia, sering diare, penyakit pada limpa, kelainan usus, polip usus ?						Ya
	✓					Tidak
F. Sistem kemih dan kelamin : Batu, kencing nanah/darah, sakit prostat, sakit ginjal, sakit kandung kemih, sakit kelamin ?						Ya
	✓					Tidak
G. Sistem saraf : Sering Kesemutan, Kejang, epilepsi/ayan, lumpuh, pingsan, vertigo, pusing , sakit kepala, kelainan saraf/ otak lainnya ?						Ya
	✓					Tidak
H. Sistem otot, tulang kulit : Amputasi, rematik, gangguan tulang belakang, patah tulang, polio, nyeri sendi, kelainan kulit, tahi lalat yang membesar cepat, cacat anggota badan paling belakang, menggunakan tongkat, penyangga kursi roda, menggunakan alat tubuh palsu, demam rematik, kelainan sendi atau tulang ?						Ya
	✓					Tidak
I. Sistem kelenjar dan darah : Gangguan hormon, gondok/tiroid, asam urat, kencing manis, pembesaran kelenjar getah bening, anemia, leukemia, hemofilia, thalasemia ?						Ya
	✓					Tidak
J. Sistem kekebalan dan infeksi : HIV, AIDS, malaria, lupus, alergi ?						Ya
	✓					Tidak
K. Apakah anda pernah mengalami demam selama 2 minggu berturut-turut ?						Ya
	✓					Tidak
L. Pertumbuhan sel : Tumor, kanker, benjolan, kista ?						Ya
	✓					Tidak
M. Cacat bawaan atau kelainan bawaan baik fisik cacat anggota badan, maupun gangguan mental, riwayat bunuh diri, stress berkepanjangan, depresi ?						Ya
	✓					Tidak
N. Lain-lain yang tidak disebutkan diatas ?						Ya
	✓					Tidak

82. Apakah dalam 5 tahun terakhir Anda pernah atau dianjurkan :	TU	TT1	TT2	TT3	TT4	
A. Menjalani konsultasi/rawat inap/rawat jalan/pembedahan/biopsi ?						Ya
	✓					Tidak
B. Menjalani pemeriksaan laboratorium, rontgen, EKG, Treadmill, Echo, USG, CT Scan, MRI, dll ?						Ya
	✓					Tidak
C. Menjalani pengobatan ahli jiwa, psikolog, radiasi kemoterapi, pengobatan tradisional, pengobatan alternatif ?						Ya
	✓					Tidak
D. Mengalami keracunan/kecelakaan ? Bila " Ya", jelaskan, Kapan, Dimana, Kenapa, Siapa dr. yang merawat dan kondisi saat ini !						Ya
	✓					Tidak
E. Menerima transfusi darah atau ditolak untuk didonor darah ?						Ya
	✓					Tidak
F. Menerima atau melakukan pada diri sendiri suntikan tanpa resep dokter ?						Ya
	✓					Tidak

83. Apakah Anda mempunyai kebiasaan-kebiasaan dibawah ini :	TU	TT1	TT2	TT3	TT4	
A. Merokok ? Jika "Ya", ... batang per hari, selama ..... tahun. Jika "Tidak", apakah pernah, kapan berhenti dan mengapa ?						Ya
	✓					Tidak
B. Minum-minuman beralkohol obat-obatan terlarang, narkotika/obat penenang ? Jika "Ya", mohon sebutkan namanya, jumlah konsumsi perhari, dan berapa lama sudah mengkonsumsinya ?						Ya
	✓					Tidak

84. Apakah Anda sewaktu-waktu melakukan atau memiliki hobi yang berisiko tinggi (seperti balap mobil/motor, panjat tebing, mendaki gunung, terjun payung, olahraga air, paralayang, menyelam, berkuda, tinju, ski es, bungee jumping, dan sebagainya) ?	TU	TT1	TT2	TT3	TT4	
						Ya
	✓					Tidak

DATA KELUARGA CALON TERTANGGUNG UTAMA

85. Keterangan Keluarga Calon Tertanggung Utama

Hubungan Keluarga	Masih Hidup			Sudah Meninggal	
	Usia	Keadaan Kesehatan Sekarang: Sehat	Keadaan Kesehatan Sekarang: Sakit (sebutkan nama penyakit)	Usia	Penyebab meninggal dunia
Ayah	-			75	sudah tua
Ibu	-			67	sakit jantung
Suami/Istri	-				
Saudara Kandung : 7 orang	53	✓			
	50	✓			
	48	✓			
Anak : - orang	-				

Tanda Tangan Calon Pemegang Polis sesuai kartu identitas

0267836

Nomor SPAJ - FATCA PRODUCT

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

	Nama Perusahaan Asuransi	Jenis Asuransi	Uang Pertanggungan/Manfaat	Sedang Berlaku	Sedang Diajukan	Diterima standar/Dikenakan ekstra premi/Ditolak/ Ditangguhkan *)
TU						
TT1						
TT2						
TT3						
TT4						

Jelaskan sebab dikenakan extra premi/ditolak/ditangguhkan

87. **Khusus untuk Calon Tertanggung anak-anak usia sampai dengan 5 Tahun.**

Apabila berat badan lahir < 2.5 kg atau >= 4 kg, lampirkan copy kartu kontrol dokter anak.
Apabila Calon Tertanggung anak lebih dari 1 orang, pengisian data anak ke-2 dan ke-3 menggunakan form pernyataan tambahan untuk tertanggung anak.

Nama Lengkap : Tanggal Lahir :

A. Riwayat Kelahiran :
Berat badan lahir ☐ kg Panjang badan lahir ☐ cm

B. Riwayat persalinan :
☐ Lahir pada usia kandungan < 37 minggu (premature) ☐ Lahir pada usia kandungan > 37 minggu
Jenis persalinan : ☐ Normal ☐ Operasi Caesar ☐ Vaccum ☐ Forceps ☐ Lainnya, jelaskan .....
Berikan alasan apabila persalinan bukan normal :

C. Riwayat imunisasi : ☐ Hepatitis B I/II/III ☐ DPT I/II/III ☐ Polio I/II/III ☐ BCG ☐ Campak ☐ HIB/MMR/IPD

D. Riwayat penyakit :
Apakah memiliki riwayat penyakit ? Jika "ya" jelaskan: ☐ Ya ☐ Tidak
- Jenis penyakit yang diderita :
- Tanggal/bulan/tahun terjadi :
- Pengobatan yang diberikan :
- Kondisi saat ini :

E. Dokter Langganan
a. Nama dan alamat Dokter yang merawat Calon Tertanggung sejak lahir hingga saat ini, kapan kunjungan terakhir dan apa alasan serta keluhan saat itu ?

88. **Pertanyaan khusus untuk calon Tertanggung Wanita**

	TU	TT1	TT2	TT3	TT4	
A. Apakah Anda pernah mengalami gangguan menstruasi, keluhan/gangguan pada kandungan dan organ kewanitaan, melakukan Pap Smear ? Jika "Ya", Jelaskan 5W1H pada kolom yang tersedia.	☐	☐	☐	☐	☐	Ya
	☐	☐	☐	☐	☐	Tidak
B. Apakah saat ini Anda sedang hamil ? Usia kehamilan, ... bulan, ... minggu. Sebutkan tanggal hari pertama haid terakhir (HPHT), ...	☐	☐	☐	☐	☐	Ya
	☐	☐	☐	☐	☐	Tidak
C. Apakah Anda pernah mengalami kelainan kehamilan, hamil anggur, keguguran, hamil diluar kandungan, melahirkan dengan operasi/sectio caesaria ? Jelaskan, kapan, alasan, alamat dan nama Rumah Sakit.	☐	☐	☐	☐	☐	Ya
	☐	☐	☐	☐	☐	Tidak
D. Apakah Anda pernah mengalami kesulitan/komplikasi saat hamil ataupun melahirkan, berat badan bayi saat lahir < 2.5 kg atau >= 4 kg ? Jika "Ya", mohon Anda menjawab pertanyaan pada kolom dibawah ini : Kapan dan bagaimana kondisi saat itu, jenis perawatan & lamanya, nama & alamat dokter yang merawat.	☐	☐	☐	☐	☐	Ya
	☐	☐	☐	☐	☐	Tidak

Pertanyaan No.	Jika Pertanyaan No. 80-88 dijawab "Ya" mohon jelaskan dan lengkapi dengan 5W1H, What, When, Where, Why, Who, How (Apa, Kapan, Dimana, Mengapa, Siapa dan Bagaimana) pada kotak yang disediakan. (Tertanggung Utama/Tertanggung Tambahan I, II, III, IV)

Tanda Tangan Calon Pemegang Polis sesuai kartu identitas

0267836

Nomor SPAJ - FATCA PRODUCT

PERNYATAAN (Harap dibaca dengan teliti sebelum menandatangani SPAJ ini)

Pernyataan "Calon Pemegang Polis" dan/ atau "Calon Tertanggung"
Dengan ini Saya/ Kami (selanjutnya disebut "Calon Pemegang Polis" dan/ atau "Calon Tertanggung") atas nama diri sendiri dan semua orang, Perusahaan atau Badan Hukum yang mungkin mempunyai kepentingan atau tuntutan terhadap pertanggungan yang dimohon ini, menyatakan telah mendapat penjelasan sepenuhnya dari Tenaga Pemasar dan selanjutnya setuju bahwa :

1. Semua keterangan yang diberikan didalam SPAJ ini dan keterangan lain yang Saya/ Kami sampaikan kepada PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia (selanjutnya disebut "Penanggung") atau kepada pemeriksa kesehatan yang ditunjuk oleh Penanggung adalah benar serta sudah tertulis (termasuk pertanyaan-pertanyaan tambahan jika ada), dan tidak ada keterangan-keterangan dan hal-hal lain yang disembunyikan.
2. Sesuai dengan isi Pasal 251 KUHD yang berbunyi "Semua pemberitahuan yang keliru atau tidak benar, atau semua penyembunyian keadaan yang diketahui oleh tertanggung, meskipun dilakukannya dengan itikad baik, yang sifatnya sedemikian, sehingga perjanjian itu tidak akan diadakan, atau tidak diadakan dengan syarat-syarat yang sama, bila penanggung mengetahui keadaan yang sesungguhnya dari semua hal itu, membuat pertanggungan itu batal". Dengan kata lain maka Penanggung tidak berkewajiban membayar klaim yang diajukan atasnya.
3. Saya/ Kami menyatakan bahwa premi yang disetorkan kepada Penanggung berasal dari sumber yang sah dan tidak melanggar hukum dan/ atau yang tidak mencurigakan sesuai dengan UU No. 8 Tahun 2010 Tentang Tindak Pidana Pencucian Uang. Apabila ada indikasi pelanggaran atas Undang-Undang tersebut diatas maka Penanggung akan melaksanakan kewajibannya sesuai dengan ketentuan yang berlaku, termasuk kewajiban pelaporan atas transaksi keuangan yang mencurigakan.
4. Dengan ini Saya/ Kami memberikan kuasa kepada dokter, rumah sakit, klinik, laboratorium atau instansi manapun yang memiliki riwayat kesehatan Saya/ Kami untuk memberikan kepada Penanggung dan/ atau perwakilannya. Surat kuasa ini tidak dapat ditarik kembali, tidak menjadi batal oleh sebab apapun. Salinan dari surat kuasa pernyataan ini sama kuatnya dengan kuasa/ pernyataan asli.
5. Saya/ Kami menyetujui bahwa apabila Surat Permohonan Asuransi Jiwa ini tidak disetujui oleh Penanggung atau ada kelebihan dalam pembayaran premi, maka Penanggung akan membayarkan Premi yang telah dibayarkan tanpa memberikan bunga apapun, serta mentransfer kembali ke rekening yang tertera dibawah ini : (hanya untuk rekening Pemegang Polis/ Tertanggung)

Nama Bank	BCA	Nama Cabang Bank	SEMARANG
Nama Pemilik Rekening Tabungan	SUDARMADI		
Nomor Rekening Tabungan	4260032751		
No. Kartu Kredit			

6. Saya/ Kami menyetujui bahwa untuk setiap penarikan sebelum 3 (tiga) tahun setelah berlakunya Polis akan dikenakan pajak penghasilan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan yang berlaku. Pemberian kuasa ini TIDAK dapat ditarik kembali dan mengikat para pengganti/ Ahli Waris dan Orang yang ditunjuk dan tetap berlaku setelah Saya/ Kami meninggal atau dalam keadaan cacat.
7. Pertanggungan ini akan mulai berlaku apabila Penanggung telah menyetujui dengan menerbitkan Polis.
8. Menyetujui bahwa Harga Unit yang digunakan dalam penutupan Polis ini berdasarkan Harga Unit pada tanggal perhitungan hari kerja terdekat yang akan datang sejak Surat Permohonan Asuransi Jiwa ini diterima dan Premi diterima di rekening yang ditentukan Penanggung.
9. Nilai dari masing-masing jenis dana investasi yang Saya/ Kami pilih dapat meningkat atau menurun tanpa jaminan akan adanya batas minimal dan maksimal Nilai NAV.
10. Segala risiko pemilihan jenis Dana Investasi sepenuhnya menjadi tanggung jawab Saya/ Kami.
11. Adanya Biaya Administrasi dan Biaya Asuransi Bulanan, yang besarnya sesuai dengan Jenis Asuransi, Usia, Jenis Kelamin, Uang Pertanggungan yang dipilih.
12. Seluruh manfaat hanya dapat diberikan jika Biaya Asuransi dipenuhi.
13. Mengerti tentang manfaat Asuransi Dasar dan Asuransi Tambahan termasuk syarat-syarat dan pengecualian yang tercantum dalam Polis Asuransi.
14. Menyetujui apabila Saya/ Kami membatalkan permintaan Asuransi Jiwa ini atau permintaan Asuransi Jiwa ini dibatalkan oleh Penanggung, maka yang akan dibayarkan adalah Nilai Polis dikurangi biaya-biaya yang dibebankan oleh Penanggung dan pihak ketiga (bila ada).
15. Saya/ Kami menyetujui bahwa setiap Penarikan/ *Withdrawal* baik Penarikan Sebagian (*Partial Withdrawal*) ataupun Penarikan Keseluruhan (*Surrender*) mengikuti nilai NAV yang sudah ditetapkan oleh Penanggung akan ditransfer langsung oleh Penanggung ke rekening Pemegang Polis/ Tertanggung/ Yang Ditunjuk sesuai yang tercantum dalam SPAJ ini atau berdasarkan konfirmasi tertulis dari Pemegang Polis yang diterima Penanggung.
16. Dengan ini Saya/ Kami memberikan kuasa kepada Penanggung untuk melakukan Penarikan Dana dari Premi Top Up Berkala atau dari Premi Top Up Sekaligus pada 3 (tiga) tahun pertama sejak polis diterbitkan apabila dikemudian hari ditemukan bahwa Nilai Polis Saya/ Kami sudah tidak mencukupi untuk membayar Biaya Asuransi.
17. Dengan ini Saya/ Kami memberikan kuasa kepada Penanggung untuk melakukan Penarikan Dana dari nilai polis/ nilai investasi apabila dikemudian hari terdapat kelebihan klaim yang Saya/ Kami tidak bayarkan kepada Penanggung.
18. Saya membeli polis ini berdasarkan keinginan dan kebutuhan saya sendiri tanpa adanya paksaan maupun permintaan dari pihak manapun.
19. Saya telah mengerti dan memahami produk yang saya beli serta memahami adanya potensi keruglan yang mungkin terjadi jika saya menutup polis ini sebelum masa berakhirnya polis.
20. Saya/ Kami sendiri yang menandatangani SPAJ ini dalam keadaan sadar tanpa pengaruh dan paksaan dari pihak manapun.
21. Dengan ini saya memberikan kuasa kepada penanggung untuk memberikan informasi pemegang polis dan/ atau penerima manfaat kepada lembaga negara (baik dalam maupun luar negeri) terkait dengan ketentuan Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA). Saya mengetahui dan mengerti bahwa dalam hal pemegang polis dan/ atau penerima manfaat telah atau menjadi subyek pajak negara Amerika Serikat dikemudian hari maka pemegang polis dan/ atau penerima manfaat akan menyampaikan informasi tersebut kepada penanggung dan akan tunduk pada ketentuan yang berlaku termasuk memberikan kuasa kepada penanggung untuk melakukan hal-hal yang diwajibkan berdasarkan ketentuan FATCA tersebut.

PERLINDUNGAN KECELAKAAN SEMENTARA

Dengan dibayarkannya premi pertama dan telah diterimanya premi tersebut beserta Surat Pernyataan Asuransi Jiwa (SPAJ), maka Calon Tertanggung Utama akan mendapatkan Perlindungan Kecelakaan yang menyebabkan meninggalnya calon Tertanggung sampai dengan tanggal diterbitkannya Polis, sebesar Uang Pertanggungan Dasar sesuai yang tercantum dalam SPAJ atau Rp. 25,000,000 (dua puluh lima juta rupiah) mana yang lebih kecil.

Mohon tanda tangan sesuai kartu identitas yang dilampirkan dan akan menjadi spesimen tanda tangan Anda dikemudian hari.

Ditandatangani di : Semarang Tanggal 29 / 10 / 2014 (tanggal / bulan / tahun)

Tanda tangan calon Pemegang Polis	Tanda tangan calon Tertanggung Utama	Tanda tangan calon Tertanggung Tambahan I	Tanda tangan calon Tertanggung Tambahan II
Sudarmadi (Tanda Tangan dan Nama Jelas)	Sudarmadi (Tanda Tangan dan Nama Jelas)	(Tanda Tangan dan Nama Jelas)	(Tanda Tangan dan Nama Jelas)

Tanda tangan calon Tertanggung Tambahan III	Tanda tangan calon Tertanggung Tambahan IV	Sales/ Tenaga Pemasar	Tanda tangan orang tua calon Pemegang Polis apabila calon Pemegang Polis berusia 18 tahun s/d 21 tahun (usia sebenarnya). Lampirkan copy Identitas orang tua.
(Tanda Tangan dan Nama Jelas)	(Tanda Tangan dan Nama Jelas)	Indrawati (Tanda Tangan dan Nama Jelas)	(Tanda Tangan dan Nama Jelas)

0267836

Nomor SPAJ - FATCA PRODUCT

PERNYATAAN AGEN (diisi oleh Agen)

Saya menyatakan bahwa semua keterangan yang terdapat di dalam Surat Permohonan Asuransi Jiwa ini adalah keterangan yang diberikan oleh Pemohon/calon Pemegang Polis dan/atau calon Tertanggung, dan Saya tidak menyembunyikan informasi apapun kepada Pemohon/calon Pemegang Polis. Saya juga menyatakan bahwa Saya tidak memberikan keterangan yang bertentangan dengan Syarat/ Ketentuan produk, PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia. Saya menyatakan bahwa berdasarkan konfirmasi dari Pemohon/calon Pemegang Polis, tidak terdapatnya kepentingan Pihak Ketiga dan Pemohon/calon Pemegang Polis bertindak untuk dan atas nama dirinya sendiri dalam penutupan Polis ini.Saya telah melakukan verifikasi atas seluruh salinan dokumen yang diberikan oleh Pemohon/calon Pemegang Polis kepada Saya dan menyatakan bahwa salinan tersebut adalah sesuai asli dan masih berlaku. Sesuai dengan Prinsip Mengenal Nasabah, Saya juga bersedia untuk menjawab beberapa pertanyaan di bawah ini:

1. Apakah Anda mengenal calon Pemegang Polis dan atau calon Tertanggung? Jika "Ya", sudah berapa lama anda mengenal calon tertanggung? Dan sebagai apa ? (teman, keluarga, lainnya? Jelaskan!) — [✓] Ya [ ] Tidak — Jelaskan: 39 thn sebagai kakak
2. Apakah Anda bertemu dan melihat langsung calon Tertanggung dalam keadaan sehat? — [✓] Ya [ ] Tidak — Jelaskan: Sehat
3. Apakah Anda pernah mendengar, mengetahui, Calon Pemegang Polis/Calon Tertanggung sedang dalam kesulitan keuangan, terlibat perkara sengketa peradilan? — [ ] Ya [✓] Tidak — Jelaskan:
4. Apakah Anda merasa Calon Pemegang Polis/Calon Tertanggung tampak enggan atau sulit ditemui? — [ ] Ya [✓] Tidak — Jelaskan:
5. Apakah Anda sudah menjelaskan kepada calon Pemegang Polis bahwa jawaban yang tidak benar akan mengakibatkan batalnya perjanjian Asuransi Jiwa? — [✓] Ya [ ] Tidak — Jelaskan: sudah
6. Saya telah memeriksa dan menyampaikan informasi terkait dengan FATCA termasuk meminta nasabah untuk melengkapi dokumen terkait dalam hal calon pemegang polis dan/ atau calon penerima manfaat menjawab "YA" pada pertanyaan 12; 13; 14; 76 dan 77. — [✓] Ya [ ] Tidak
7. Tanggal kunjungan terakhir ke Calon Pemegang Polis/Calon Tertanggung: 24 . Okt 2014 .

Ditandatangani di : Semarang — Tanggal 24 / 10 / 2014 (tanggal / bulan / tahun)

Agen Penutup: Lindawati — Nama & Tanda Tangan

Leader: Nama & Tanda Tangan — Wajib ditandatangani oleh atasan apabila agen menutup untuk dirinya sendiri

Nama Agency : SMG HQ M03
Kode Agen : 680020 42
Nama Agen : LINDAWATI
No. Telp Agen :
No. Hp Agen :

PRE-SCREENING CHECK LIST (diisi oleh Agen/ Admin Agency)

- [✓] Surat Permohonan Asuransi Jiwa (diisi lengkap)
- [✓] Kartu Identitas (KTP, SIM, Paspor, Akta Kelahiran)
- [ ] Pertanyaan Tambahan Non-Medis (sesuai dengan jawaban pada pekerjaan, Hobi, Formulir Pernyataan Keuangan)
- [ ] Pertanyaan Tambahan Medis (sesuai dengan jawaban pada pernyataan kesehatan)
- [✓] Ilustrasi Produk
- [✓] Bukti Pembayaran Premi
- [ ] Surat Kuasa Khusus Autodebet (SKKA)
- [ ] Fotokopi halaman depan buku tabungan

*) Diisi hanya jika status Medical

Medical dilakukan di : _____ Tanggal _____

Diisi di : _____ Tanggal __ / __ / ____ (tanggal / bulan / tahun)

Admin — Tanda Tangan Admin

Nama Admin : Dika

PT ASURANSI JIWA GENERALI INDONESIA

Gedung Cyber 2 Lt. 30
Jl. HR. Rasuna Said Blok X-5 13 Jakarta 12950
Tel. 62 21 29963700 Fax. 62 21 29021616

Pernyataan Agen Ver. 1.5/04/2014

GENERALI INDONESIA
Life Insurance Company

FORMULIR PERUBAHAN SURAT PERMOHONAN ASURANSI JIWA ("SPAJ")

Formulir ini digunakan apabila terdapat perubahan atau tambahan informasi pada SPAJ yang memerlukan penjelasan.

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Pemegang Polis : Sudarmadi **No.SPAJ** 0 2 6 7 8 3 6

Nama Tertanggung Utama : Sudarmadi

Mengajukan permohonan perubahan dan atau penambahan di dalam SPAJ dengan data sebagai berikut:

Data Lama	Data Baru
Kolom saudara kandung kurang	1)- usia 46 - usia 40 - usia 39 - usia 35 2) Agent penutup yg benar adl Lindawati G8002042

Pernyataan:

1. Menyatakan bahwa formulir perubahan ini adalah sebagai pengganti data pada SPAJ yang Saya ingin ubah dan merupakan satu kesatuan dan bagian yang tidak terpisahkan dari SPAJ.
2. Saya menyatakan bahwa keterangan/penjelasan yang Saya berikan dalam formulir perubahan ini, adalah lengkap dan benar serta tidak terdapat hal-hal yang disembunyikan.
3. Semua keterangan yang Saya ubah pada formulir perubahan ini adalah benar, merupakan keterangan yang Saya perbuat sendiri tanpa adanya paksaan dari pihak manapun.
4. Apabila terdapat kesalahan mengenai informasi data pada formulir perubahan ini yang disebabkan oleh kelalaian atau kesengajaan Saya, maka PT.Asuransi Jiwa Generali Indonesia dibebaskan dari segala tanggung jawab atas kerugian finansial maupun non finansial.

Semarang 24 10 /20 14

Sudarmadi

Nama & Tandatangan Pemegang Polis

Saksi

Lindawati

Nama dan Tandatangan Agen

F004R01-0213

GENERALI

PT. Asuransi Jiwa Generali Indonesia
Generali Tower 7th Floor
Gran Rubina Business Park
Kawasan Rasuna Epicentrum
JL HR Rasuna Said Kaving C-22, Jakarta 12940
T +62 21 2996 3737,
F +62 21 2902 1616

generali.co.id

Claim Department
PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia
Generali Tower 7th Floor
Gran Rubina Business Park
Kawasan Rasuna Epicentrum
JL HR Rasuna Said Kaving C-22, Jakarta 12940
T +62 21 2996 3737,
F +62 21 2902 1616

No. 02025/GI/CLM-INDV/VII/2016

Jakarta, 11 Juli 2016

Kepada YTH,
LINDAWATI
SINGA UTARA DALAM I/17C
RT.009 RW.004 KEL.KALICARI
KEC.PEDURUNGAN
KOTA SEMARANG

Perihal : Pemberitahuan Penolakan Klaim Meninggal Dunia Nomor Polis 00052145 atas nama SUDARMADI.

Dengan Hormat,

Terima kasih telah memberikan kepercayaan kepada kami dalam perlindungan jiwa dan keuangan. Bersama surat ini kami sampaikan bahwa kami telah menerima pengajuan klaim Meninggal Tertanggung atas nama SUDARMADI. Kami turut berduka cita, semoga keluarga yang ditinggalkan diberi ketabahan.

Setelah melakukan proses verifikasi pada seluruh dokumen klaim yang diterima dan berdasarkan semua data maupun informasi yang ada dapat kami sampaikan sebagai berikut:

- Tanggal berlakunya Asuransi Dasar adalah pada tanggal 30 Oktober 2014.
- Tertanggung meninggal pada tanggal 11 April 2016 dengan diagnosa Death On Arrival.
- Berdasarkan dari hasil penelusuran data medis, kami menemukan bahwa Tertanggung telah mempunyai riwayat diagnosa Efusi Pleura (cairan pada rongga paru) dan Congestif Heart Failure (penyakit jantung) sejak 08 April 2013, sebelum Polis terbit yang tidak dinyatakan dalam Surat Permohonan Asuransi Jiwa (SPAJ)

Mengacu pada data diatas dengan sangat menyesal kami sampaikan bahwa kami tidak dapat membayarkan klaim yang diajukan, dengan mengacu pada Ketentuan Umum Polis Asuransi Jiwa Perorangan Unit Link iPlan Pasal 2 ayat 2 mengenai Dasar Asuransi:

Pasal 2
Dasar Asuransi

2. Apabila di kemudian hari ternyata bahwa Surat Permohonan Asuransi Jiwa beserta keterangan lain yang di maksud dalam Pasal 1 Ketentuan Umum Polis ini tidak benar atau kurang lengkap yang apabila hal tersebut diketahui oleh Penanggung sehingga dapat mempengaruhi pertimbangan seleksi risiko sedangkan Polis sudah berlaku atau jika ternyata usia Tertanggung yang sebenarnya pada saat pengajuan asuransi tidak memenuhi syarat untuk diasuransikan, maka:

2.1 Jika terkait dengan Asuransi Dasar, maka seluruh manfaat di dalam Polis dinyatakan batal sejak awal dengan cara membatalkan Unit terakhir dengan menggunakan Harga Unit pada Tanggal Perhitungan Unit saat Polis dibatalkan oleh Penanggung. Penanggung tidak berkewajiban membayar Manfaat Asuransi apabila terjadi klaim.

2.2 Jika Terkait dengan Asuransi Tambahan, maka Asuransi Tambahan yang terkait dengan ketidakbenaran dan/atau kurang lengkapnya tersebut dinyatakan batal sedangkan Asuransi Dasar serta Asuransi Tambahan lainnya tetap berlaku.

Any information in this letter is confidential and may be legally privileged or protected by law. It is intended solely for the use of individual or entity to whom it is addressed and others authorized to receive. Unauthorised use, copying or disclosure of any part is strictly prohibited. If you are not the intended recipient, please contact the sender immediately.
PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia accepts no responsibility for any opinions, statements and other information contained in this letter that do not relate to the business of the Generali group.

UNICHECK

13.20.0015 Abraham
Uploaded: 02/26/2018
Checked: 02/26/2018

Doc vs Internet + Library

95.88% Originality	4.12% Similarity	6 Sources

Web sources: 6 sources found

1. http://www.ojk.go.id/id/kanal/iknb/regulasi/asuransi/peraturan-ojk/Documents/Pages/POJK-tentang... 2.45%
2. http://www.ojk.go.id/Files/201506/1UU402014Perasuransian_1433758875.pdf 2.05%
3. https://ippmunigresblog.files.wordpress.com/2016/05/cahaya-kampus-jurnal-volume-13-no-2-2015-d... 1.86%
4. http://www.ojk.go.id/id/kanal/iknb/regulasi/asuransi/peraturan-ojk/Documents/Pages/POJK-tentang... 1.72%
5. http://www.mauasuransi.com/artikel/2018/kuzm1fs1zvtcoil6cjg0ea5lxg5y8 1.5%
6. https://materikuliahhunibraw.files.wordpress.com/2017/12/19-asuransi.pdf 1.49%

Similarity
Similarity from a chosen source
abc Possible character replacement
Citation
References