

Surat Pengajuan Asuransi Jiwa (SPAJ) Unit Link

Mohon diisi dengan menggunakan tinta hitam, huruf cetak dan tulisan dalam kotak, dan diberi tanda (✓) pada kolom jawaban yang sesuai.
Jika terjadi kesalahan penulisan, jangan dihapus tetapi dicoret dan dibubuhkan tanda tangan Calon Pemegang Polis dan/atau Calon Tertanggung di sebelah penulisan yang sesuai dengan kartu data Identitas Diri (ID) yang masih berlaku dilampirkan. KETIDAKLENGKAPAN PENGISIAN SPAJ DAPAT MENYEBABKAN TERHAMBATNYA PROSES PENGAJUAN SPAJ.

JANGAN MENANDATANGANI SPAJ INI DALAM KEADAAN KOSONG!

I. DATA CALON PEMEGANG POLIS (PP)

Sehubungan dengan pelaksanaan atas ketentuan hukum yang berlaku yang mengatur Prinsip Mengenal Nasabah, maka PT BNI Life Insurance menerapkan kewajiban bagi seluruh Calon Nasabah untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan di bawah ini:

1. Nama Lengkap (Sesuai kartu identitas diri (ID) yang masih berlaku dan yang dilampirkan)											
2. Jenis Kelamin	☐ Laki-laki	☐ Perempuan									
3. Tempat Lahir						Tanggal Lahir		/		/	
4. Jenis Identitas Diri (ID)	☐ KTP	☐ Paspor									
No Identitas						Berlaku s/d		/		/	
5. Agama	☐ Islam	☐ Kristen	☐ Katholik	☐ Hindu	☐ Budha	☐ Lainnya					
6. Kewarganegaraan	☐ Indonesia	☐ Amerika Serikat	☐ Lainnya, sebutkan								
7. Status Perkawinan	☐ Lajang	☐ Menikah	☐ Janda/Duda								
8. Nama Gadis Ibu Kandung											
9. Nama Perusahaan											
a. Jenis Pekerjaan	☐ ASN	☐ Pegawai Swasta	☐ Wiraswasta	☐ TNI/POLRI	☐ Pelajar/Mahasiswa						
	☐ Ibu Rumah Tangga	☐ Pejabat Negara Eksekutif/Legislatif/Yudikatif	☐ Lainnya								
b. Jabatan											
c. Rincian Tugas	☐ Administrasi	☐ Lapangan	☐ Supervisor	☐ Lainnya							
d. Lokasi Tempat Kerja	☐ Dalam Ruangan	☐ Luar Ruangan									
10. Alamat (wajib diisi dengan jelas dan lengkap)											
Status tempat tinggal	☐ Milik Sendiri	☐ Milik Keluarga	☐ Rumah Dinas	☐ Sewa/Kost							
11. Alamat sesuai ID						No.		RT		RW	
	Kel/Kec					Kota					
Provinsi						Kode Pos					
No. Telepon (wajib diisi)											
Rumah											
HP (1)						HP (2)					
Email Pribadi											
12. Alamat Korespondensi (diisi jika berbeda dengan alamat identitas / KTP)						No.		RT		RW	
	Kel/Kec					Kota					
Provinsi						Kode Pos					
13. Alamat Kantor						No.		RT		RW	
	Kel/Kec					Kota					
Provinsi						Kode Pos					
No. Telepon Kantor											
14. Nomor Pokok Wajib Pajak											

II. DATA CALON TERTANGGUNG (Diisi bila berbeda dengan Calon Pemegang Polis)

15. Nama Lengkap
(Sesuai kartu identitas diri (ID) yang masih berlaku dan yang diampirkan)

16. Jenis Kelamin ☐ Laki-laki ☐ Perempuan

17. Tempat Lahir Tanggal Lahir / /
tgl/bn/mn

18. Jenis Identitas Diri (ID) ☐ KTP ☐ Paspor
No Identitas Berlaku s/d / /
tgl/bn/mn

19. Agama ☐ Islam ☐ Kristen ☐ Katholik ☐ Hindu ☐ Budha ☐ Lainnya _____

20. Kewarganegaraan ☐ Indonesia ☐ Amerika Serikat ☐ Lainnya, sebutkan _____

21. Status Perkawinan ☐ Lajang ☐ Menikah ☐ Janda/Duda

22. Nama Gadis Ibu Kandung

23. Nama Perusahaan

a. Jenis Pekerjaan ☐ ASN ☐ Pegawai Swasta ☐ Wiraswasta ☐ TNI/POLRI ☐ Pelajar/Mahasiswa
☐ Ibu Rumah Tangga ☐ Pejabat Negara Eksekutif/Legislatif/Yudikatif ☐ Lainnya _____

b. Jabatan

c. Rincian Tugas ☐ Administrasi ☐ Lapangan ☐ Supervisor ☐ Lainnya _____

d. Lokasi Tempat Kerja ☐ Dalam Ruangan ☐ Luar Ruangan

24. Alamat sesuai ID No. RT RW
Kec/Kec Kota
Provinsi Kode Pos
No. Telepon (wajib diisi)
Rumah
HP (1) HP (2)
Email Pribadi

25. Alamat Kantor No. RT RW
Kec/Kec Kota
Provinsi Kode Pos
No. Telepon Kantor

26. Hubungan Calon Pemegang Polis dengan Calon Tertanggung, jika Calon Pemegang Polis berbeda dengan Calon Tertanggung
☐ Suami/Istri ☐ Orang tua/Anak ☐ Lainnya, Sebutkan

III. DATA PEMBAYARAN PREMI PERTAMA DAN LANJUTAN (Jika Berbeda Lampirkan Form BO)

27. Tujuan Pengajuan asuransi
(pilihan dapat lebih dari satu) ☐ Proteksi/Perlindungan ☐ Pendidikan ☐ Dana Pensiun ☐ Proteksi & Investasi
☐ Lainnya, sebutkan

28. Calon Pembayar Premi adalah ☐ Calon Pemegang Polis ☐ Calon Tertanggung ☐ Lainnya (Wajib mengisi form Beneficiary Owner)

Sumber dana pembayaran premi & penghasilan kotor per tahun dari Calon Pembayar Premi berasal dari: (pilihan dapat lebih dari satu)

29. Penghasilan kotor per tahun/
Nilai Harta Kekayaan ☐ < Rp 100 Juta ☐ Rp 100 Juta s/d 300 Juta ☐ Rp 300 Juta s/d 500 Juta ☐ Rp 500 Juta s/d 1 miliar ☐ > Rp 1 miliar

30. Penghasilan Lainnya ☐ < Rp 100 Juta ☐ Rp 100 Juta s/d 300 Juta ☐ Rp 300 Juta s/d 500 Juta ☐ Rp 500 Juta s/d 1 miliar ☐ > Rp 1 miliar

31. Sumber dana pembayaran premi ☐ Gaji ☐ Usaha ☐ Investasi ☐ Bonus/Komisi ☐ Warisan ☐ Lainnya _____

32. Periode Pembayaran Premi
 ☐ Tahunan
 ☐ Semesteran
 ☐ Triwulanan
 ☐ Bulanan
 ☐ Sekaligus

Cara Pembayaran Premi Pertama melalui Pemindahbukuan/Transfer ke Virtual Account di Bank BNI

Pembayaran bisa dilakukan melalui pemindahbukuan/transfer dari Bank mana saja atau melalui ATM bersama, dengan mengisikan nomor rekening tujuan Virtual Account tersebut diatas

☐ Cara Pembayaran Premi Pertama melalui Autodebet Kartu Kredit BNI

 Jenis Kartu Kredit BNI
☐ Visa
☐ Mastercard
☐ JCB
☐ American Express

Tanggal Kadaluarsa Kartu Kredit
 /
 /
 tgl/bn/thn

Cara Pembayaran Premi Lanjutan melalui

☐ Autodebet Rekening BNI No. Rekening

☐ Pemindahbukuan/Transfer ke Virtual Account di Bank BNI

☐ Autodebet Kartu Kredit BNI Tgl Kadaluarsa
 /
 /
 tgl/bn/thn

33. Apabila terdapat pengembalian premi/manfaat pertanggungan, mohon ditransfer ke rekening: (WAJIB DIISI)

Nama Pemilik Rekening

Nomor Rekening

1. Pembayaran Premi wajib ditujukan ke rekening atas nama PT BNI Life Insurance

Nasabah diminta untuk tidak melakukan pembayaran premi ke Nomor Rekening Tenaga Pemasar/Karyawan PT BNI Life Insurance atau nomor rekening lain yang bukan atas nama PT BNI Life Insurance.

PT BNI Life Insurance hanya bertanggung jawab/mengakui premi yang telah dibayar dan diterima di Rekening PT BNI Life Insurance.

PT BNI Life Insurance tidak bertanggung jawab atas pembayaran premi yang dilakukan secara atau melalui tunai/cek/pribadi/pihak manapun termasuk namun tidak terbatas kepada petugas Tenaga Pemasar/Karyawan PT BNI Life Insurance.

2. Pembayaran melalui Nomor Rekening Virtual di Bank BNI

Pembayaran Premi Pertama/Lanjutan wajib ditujukan ke Nomor Rekening Virtual di Bank BNI yang bersifat unik dan tercantum secara khusus untuk masing-masing Surat Pengajuan Asuransi Jiwa (SPAJ).

Pembayaran ke Nomor Rekening Virtual di Bank BNI bisa dilakukan melalui Kantor Cabang Bank BNI atau melalui Kantor Bank lain, atau melalui ATM Bank BNI atau Bank lain yang berada dalam jaringan ATM bersama.

Dengan menggunakan tujuan Nomor Rekening Virtual di Bank BNI, Bapak/Ibu Calon Nasabah terbebas dari menuliskan rincian pembayaran lebih lanjut di kolom Berita dalam formulir bank, karena secara otomatis pembayaran yang diterima Bank BNI akan ditujukan ke SPAJ atau Polis dari Bapak/Ibu Calon Nasabah PT BNI Life Insurance.

IV. DATA PERTANGGUNGAN

IV.1. ASURANSI UNIT LINK

Asuransi Dasar	Uang Pertanggungan	Premi Dasar	Masa Asuransi	Masa Pembayaran Premi
☐			Tahun	Tahun
Asuransi Tambahan				
☐				
☐				
☐				
☐				
☐				
Top Up Berkala				
Top Up Sekaligus				
Total Premi				

IV.2. JENIS DANA INVESTASI

Jenis dana investasi yang dipilih

☐ BLife Link Saham Maksima		%	☐ BLife Link Campuran Kombinasi		%	☐ BLife Link Pendapatan Tetap Mantap		%
☐ BLife Link Saham Aktif		%	☐ BLife Link Pendapatan Tetap Stabil		%	☐ BLife Link Pasar Uang Likuid		%
☐ BLife Link Saham Agresif		%	☐ BLife Link Pendapatan Tetap Mapan		%	☐ Lainnya		%
☐ BLife Link Campuran Selaras		%	☐ BLife Link Pendapatan Tetap Cemerlang		%			

V. DATA CALON PENERIMA MANFAAT

No	Nama Lengkap sesuai ID	NIK	L/P	Tanggal Lahir	Hubungan dengan Calon Tertanggung	Persentase Manfaat
1						
2						
3						
4						
5						

Persentase total harus 100%

VI. DATA POLIS LAIN (Jika ada)

No	Nama Perusahaan Asuransi	Polis Atas Nama Tertanggung	Uang Pertanggungan (Rp)
1			
2			
3			

VII. PERTANYAAN KESEHATAN (Data Calon Pemegang Polis diisi jika mengambil Rider Payor)

		Calon Pemegang Polis		Calon Tertanggung	
34. Tinggi/Berat Badan					
a. Tinggi Badan			cm		cm
b. Berat Badan			kg		kg
Dalam 12 bulan terakhir ada perubahan berat badan?		Ya	Tidak	Ya	Tidak
Jika ya, jelaskan		☐	☐	☐	☐
35. Pernyataan tambahan khusus Calon Tertanggung perempuan					
a. Apakah Anda sedang hamil?					
jika ya, sebutkan usia kehamilan Bulan Minggu		☐	☐	☐	☐
b. Apakah Anda pernah/sedang diberitahu mengalami kelainan payudara, rahim, indung telur, haid yg lama & tidak teratur, menopause (sebutkan usia menopause) atau penyakit kehamilan dan kandungan lainnya?					
Jika ya, jelaskan		☐	☐	☐	☐
c. Pernah disarankan atau menjalani pemeriksaan Pap Smear, USG kandungan, Mamografi, atau pemeriksaan kandungan dan kehamilan lainnya dalam 12 bulan terakhir? Jika ya, jelaskan					
☐		☐	☐	☐	☐
36. Pertanyaan tambahan khusus untuk tertanggung usia <17 tahun					
Jelaskan kelainan/gangguan kesehatan/penyakit yang pernah diderita, riwayat operasi/operasi, riwayat pengobatan, riwayat imunisasi (bila ada)					
37. Apakah Anda pernah/sedang menderita sakit/pemeriksaan laboratorium?					
a. Menderita sakit, menjalani rawat inap/rawat jalan, operasi biopsi & endoskopi					
Jika ya, sebutkan kapan dan berapa lama - Berapa lama Hari Bulan		☐	☐	☐	☐
b. Pernah/sedang melakukan pemeriksaan laboratorium, rontgen atau khusus ECG, Treadmill, Echo, USG, CT Scan, MRI, dll		☐	☐	☐	☐
Jika ya tuliskan hasilnya		☐	☐	☐	☐
c. Pernah/sedang melakukan pemeriksaan/pengobatan ke dokter/pengawasan dokter					
Jika ya mohon mengisi pertanyaan kesehatan di bawah		☐	☐	☐	☐
38. Apakah Anda sedang/pekerja merokok?					
Jika ya, sebutkan berapa batang Tertanggung Batang/hari		berapa lama tahun	☐	☐	☐
Pemegang Polis Batang/hari		berapa lama tahun	☐	☐	☐
Jika sudah berhenti sejak kapan berhenti merokok -		☐	☐	☐	☐
39. Apakah anda sedang/pekerja mengkonsumsi alkohol?					
Jika ya, sebutkan berapa yang Anda konsumsi dalam seminggu					
Tertanggung	ml	Jenis	☐	☐	☐
Pemegang Polis	ml	Jenis	☐	☐	☐
Apakah anda sedang/pekerja mengkonsumsi/menggunakan narkoba?					
Jika ya, sebutkan berapa yang Anda konsumsi dalam seminggu					
Tertanggung	mg	Jenis	☐	☐	☐
Pemegang Polis	mg	Jenis	☐	☐	☐
40. Apakah Anda pernah/sedang diberitahu mengalami gejala/gangguan/menderita penyakit pada:					
a. Sistem Indra: Mata, Telinga, Hidung, Tenggorokan, Mulut (Fungsi Penglihatan, Bicara, Fungsi Pendengaran & Fungsi Penciuman)	☐	☐	☐	☐	☐
b. Paru Paru: TBC, Asma, Sesak Nafas, Penyakit Saluran Pernafasan lainnya	☐	☐	☐	☐	☐
c. Jantung & Pembuluh Darah: Penyakit Jantung, Tekanan Darah Tinggi, Nyeri Dada, Gangguan Peredaran Darah	☐	☐	☐	☐	☐
d. Organ Perut & Sistem Pencernaan: Maag, Asam Lambung, Penyakit Usus, Gangguan Pencernaan, Hernia, Diare, Wasir	☐	☐	☐	☐	☐
e. Sistem Kemih & Kelamin: Batu Ginjal, Kencing Batu, Penyakit Kelamin, Prostat, Tumor Ginjal, Gagal Ginjal, Kencing Nanah/Darah	☐	☐	☐	☐	☐
f. Sistem Saraf, Kerangka & Otot: Epilepsi/ayan, Kelumpuhan, Gangguan Gerak, Nyeri Sendi, Rematik, Vertigo, Stroke, Gangguan Mental, Pingsan, Pusing, Stress, Kelainan Bawaan (Fisik/mental)	☐	☐	☐	☐	☐

- g. Pertumbuhan Sel Abnormal: Kanker, Tumor Ganas, Tumor Jinak, Kista
- h. Sistem Kekebalan dan Infeksi: HIV/AIDS, Malaria, Alergi, Lupus, Pembesaran Kelenjar Getah Bening
- i. Hati & Pankreas: Hepatitis, Tumor Hati, Penyakit Hati Lainnya, Kencing Manis, Batu Empedu
- j. Sistem Kelenjar & Darah: Gangguan Hormon, Gondok, Kelainan Darah, Leukemia, Thalasemia, Anemia
- k. Lain-lain yang belum disebutkan

☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐

41. Nama, Telepon dan Alamat Dokter pribadi/keluarga

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

VIII. KETERANGAN TAMBAHAN

42. Apakah SPAJ ini sebagai pengganti SPAJ lainnya? jika Ya isi no. SPAJ

Ya	Tidak
☐	☐

43. Apakah Anda sedang mengajukan permintaan Asuransi di tempat lain? jika Ya, dimana

Ya	Tidak
☐	☐

Pengajuan Anda pernah ditolak, ditunda, dikenakan tambahan premi, dikenakan persyaratan khusus, atau dibatalkan perusahaan asuransi?
atau Anda mengajukan klaim? Jika ya, mohon jelaskan

IX. DATA RIWAYAT KELUARGA TERTANGGUNG DAN PEMEGANG POLIS

Calon Pemegang Polis

Calon Tertanggung

44. Apakah diantara anggota keluarga Anda (orangtua, suami/istri, saudara dan anak) menderita penyakit/gangguan/kelainan kesehatan sebelum usia 60 tahun? (diabetes, jantung, darah tinggi, kanker atau penyakit keturunan lainnya)

Ya	Tidak	Ya	Tidak
☐	☐	☐	☐

Jika "Ya", jelaskan siapa (hubungan keluarga) dan jelaskan dengan lengkap diagnosa, kondisi kesehatan (jika masih hidup), penyebab kematian (jika meninggal) beserta usianya.

PERNYATAAN (Harap dibaca dengan teliti sebelum menandatangani SPAJ ini)

1. Pengumpulan Data Pribadi

Saya/Kami memahami dan menyetujui PT BNI LIFE Insurance berhak mengumpulkan, menyimpan, dan menggunakan data pribadi atau melakukan pemrosesan aktivitas data pribadi lainnya yang diatur pada UU No. 27 Tahun 2022 tentang Perlindungan Data Pribadi Saya/Kami yang diperoleh dari formulir elektronik maupun non-elektronik yang bersifat umum, spesifik, atau sensitif sesuai dengan pengisian formulir Surat Pengajuan Asuransi Jiwa (selanjutnya disebut SPAJ) dan kelengkapan pengajuan ini.

2. Penggunaan Data Pribadi

Dengan ini, Saya/Kami menyetujui bahwa data pribadi yang Saya/Kami berikan kepada PT BNI Life akan digunakan untuk tujuan-tujuan berikut:

- Penyelenggaraan Layanan Asuransi:
Data Pribadi Saya/Kami akan digunakan untuk memproses permohonan asuransi, mengelola polis, melakukan penilaian risiko, klaim, serta layanan lainnya yang terkait dengan produk asuransi yang Saya/Kami ajukan.
- Data Saya/Kami akan digunakan untuk memenuhi kewajiban hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku, termasuk tetapi tidak terbatas pada pelaporan kepada otoritas yang berwenang.
- Data Saya/Kami dapat dianalisis untuk meningkatkan kualitas layanan, pengembangan produk, dan inovasi guna memenuhi kebutuhan nasabah dengan lebih baik.
- Data Saya/Kami akan digunakan untuk mendeteksi, mencegah, dan mengelola potensi risiko atau kecurangan yang mungkin terjadi.

3. Dasar Hukum Pemrosesan Data

Saya/Kami memahami bahwa pemrosesan data pribadi Saya/Kami untuk keperluan polis dilakukan berdasarkan persetujuan.

Saya/Kami dengan mengikuti ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku terkait perlindungan data pribadi dan peraturan perundang-undangan lainnya yang relevan.

4. Pernyataan dan Kebenaran Data Pribadi

- Saya/Kami menyatakan bahwa seluruh informasi yang diberikan dalam SPAJ ini beserta lampirannya telah Saya/Kami baca, pahami, jawab, dan lengkapi dengan sebenar-benarnya sesuai dengan fakta, jujur, dan lengkap.
- Saya/Kami memahami bahwa informasi ini akan menjadi dasar asuransi dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari permintaan polis.
- Saya/Kami menyadari bahwa apabila terdapat ketidaksesuaian atau hal yang tidak diberitahukan, PT BNI Life Insurance berhak untuk membatalkan kontrak pertanggungan/polis sejak awal dan/atau melakukan tindakan lainnya sesuai ketentuan polis dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

5. Kewajiban untuk Melaporkan Perubahan Data Pribadi

Saya/Kami berkewajiban untuk memberitahukan secara tertulis kepada PT BNI Life Insurance jika terdapat perubahan kondisi atau informasi sebelum polis diterbitkan. PT BNI Life Insurance berhak melakukan seleksi risiko ulang dan menolak permintaan asuransi berdasarkan hasil seleksi tersebut.

6. Penggunaan Data Pribadi oleh Pihak Ketiga

- Saya/Kami memberikan izin, persetujuan, dan kuasa kepada PT BNI Life Insurance untuk menggunakan, memberikan, menyerahkan, mengungkapkan, dan melakukan pertukaran informasi atau keterangan mengenai Saya/Kami yang tersedia, diperoleh, atau disimpan oleh PT BNI Life Insurance kepada pihak ketiga (seperti perusahaan asuransi, reasuransi, mitra PT BNI Life Insurance, bank, perusahaan pembiayaan, auditor, dan/atau pihak regulator) untuk keperluan pengajuan dokumen ini, pelaksanaan ketentuan polis, pengalihan data polis, pembayaran klaim, pelayanan nasabah, analisis data, verifikasi, dan validasi data.
- Saya/Kami memberikan persetujuan atas nama anak Saya/Kami di bawah 18 tahun untuk pengumpulan, penggunaan, penyimpanan, dan pengelolaan data pribadi anak Saya/Kami oleh PT BNI Life Insurance sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku.
- Saya/Kami memahami dan menyetujui bahwa data pribadi anak Saya/Kami di bawah 18 tahun akan digunakan oleh PT BNI Life Insurance untuk tujuan pengelolaan polis, layanan asuransi, dan pemenuhan kewajiban hukum yang berlaku.

7. Hak Subjek Data

Saya/Kami memahami bahwa Saya/Kami memiliki hak untuk:

- Mengakhiri, menghapus, memusnahkan, atau menarik kembali persetujuan pemrosesan data pribadi.
- Mengubah atau memperbaiki data pribadi yang telah diberikan.
- Mendapatkan informasi lebih lanjut (akses) atas pemrosesan data pribadi, termasuk penggunaan dan pengiriman data pribadi kepada pihak ketiga.
- Mengajukan keberatan atas pemrosesan data pribadi.
- Saya/Kami memahami bahwa pengakhiran, penghapusan, pemusnahan, penarikan kembali persetujuan, penundaan, dan pembatasan dalam pemrosesan data pribadi dapat berdampak pada kelangsungan pertanggungan asuransi Saya/Kami atau terbatasnya pelayanan yang dapat diberikan oleh PT BNI Life Insurance karena ketiadaan data pribadi Saya/Kami.
- Menunda, membatasi atau menolak pemrosesan data pribadi Saya/Kami untuk tujuan pemasaran.

8. Pelindungan dan Transfer Data Pribadi

- Saya/Kami memberikan izin, persetujuan, dan kuasa kepada PT BNI Life Insurance untuk melakukan transfer data pribadi kepada pengendali data pribadi lainnya atau prosesor data pribadi baik di dalam maupun luar wilayah Republik Indonesia, termasuk untuk tujuan proses hukum dan permintaan dari pihak regulator atau pihak berwenang lainnya sesuai dengan perundang-undangan yang berlaku.
- Saya/Kami mengerti bahwa PT BNI Life Insurance akan melindungi data pribadi Saya/Kami sesuai dengan kebijakan privasi perusahaan dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- Saya/Kami menyetujui bahwa data pribadi Saya/Kami dapat diproses di luar negeri, namun PT BNI Life Insurance akan memastikan bahwa data tersebut tetap dilindungi dengan standar keamanan yang setara dengan yang berlaku di Indonesia.
- Saya/Kami memahami dan menyetujui bahwa PT BNI Life Insurance akan menerapkan langkah-langkah keamanan teknis dan organisatoris yang wajar untuk melindungi data pribadi Saya/Kami dari akses, pengungkapan, perubahan, atau penghancuran yang tidak sah.
- Saya/Kami menyetujui bahwa PT BNI Life Insurance akan memberitahukan kepada Saya/Kami dalam waktu yang wajar jika terjadi insiden keamanan yang dapat membahayakan kerahasiaan data pribadi Saya/Kami.
- Saya/Kami menyadari bahwa PT BNI Life Insurance memiliki prosedur pemulihan data untuk memastikan bahwa data pribadi Saya/Kami dapat dipulihkan dalam kondisi darurat atau setelah terjadi insiden keamanan.

9. Pemberitahuan tentang Perubahan Kebijakan

Saya/Kami memahami bahwa PT BNI Life Insurance akan memberitahukan Saya/Kami jika terdapat perubahan signifikan pada kebijakan privasi atau cara pengelolaan data pribadi. Informasi tersebut akan disampaikan melalui email atau media komunikasi lain.

10. Informasi tentang Kebijakan Privasi

Saya/Kami memahami bahwa untuk mempelajari lebih lanjut tentang bagaimana PT BNI Life Insurance melindungi data pribadi Saya/Kami dan hak-hak Saya/Kami, informasi lebih lanjut dapat diakses melalui situs web www.bni-life.co.id.

11. Dampak Penarikan Persetujuan

Saya/Kami mengertibahwa penarikan persetujuan atau penolakan pemrosesan data pribadi untuk keperluan pemasaran dapat berdampak pada:

- Terbatasnya informasi atau penawaran produk yang dapat Saya/Kami terima dari PT BNI Life Insurance dan afiliasinya.
- Saya/Kami setuju bahwa data pribadi Saya/Kami digunakan untuk analisa data tambahan oleh PT BNI Life Insurance.
- Saya/Kami memahami untuk melakukan penarikan persetujuan ataupun perubahan pada persetujuan, dapat menghubungi kontak di care@bni-life.co.id

12. Penerapan Anti Money Laundering

Transaksi keuangan yang dilakukan PT BNI Life Insurance tidak berasal dari/untuk tujuan tidak pidana pencucian uang (money laundering) sebagaimana dimaksud yang diatur dalam ketentuan hukum yang berlaku di Indonesia dari waktu ke waktu tentang Pencegahan dan Pemberantasan Tindak Pidana Pencucian Uang. Apabila ada indikasi pelanggaran atas undang-undang tersebut di atas, maka PT BNI LIFE Insurance akan melaksanakan kewajibannya sesuai dengan ketentuan yang berlaku, termasuk namun tidak terbatas untuk melakukan kewajiban pelapor atas transaksi keuangan yang mencurigakan.

13. Mulai Pertanggungan

Pertanggungan asuransi akan mulai berlaku penuh apabila hal-hal berikut terpenuhi:

- Polis telah diterbitkan oleh PT BNI Life Insurance dan berlaku pada tanggal yang dinyatakan di dalam Polis.
- Premi pertama telah dibayar lunas dan diterima oleh PT BNI Life Insurance.

14. Pelepasan Kuasa dan Tanggung Jawab Hukum

Saya/Kami membebaskan PT BNI Life Insurance dari segala tanggung jawab atas setiap kerugian dan/atau tuntutan apapun yang mungkin timbul dikemudian hari, baik dari Saya/Kami maupun keluarga.

Saya/Kami atau pihak manapun apabila Saya/Kami melakukan pembayaran premi dengan cara lain termasuk dan tidak terbatas kepada :

- Pembayaran secara tunai/cash.
- Pembayaran yang diserahkan/dititipkan kepada pihak manapun termasuk petugas tenaga pemasar/karyawan PT BNI Life Insurance.
- Pembayaran yang ditujukan ke rekening bukan atas nama PT BNI Life Insurance.

PERSETUJUAN LAYANAN CALON NASABAH

1. Persetujuan Kontak

Saya/Kami menyatakan dan memberikan persetujuan bahwa PT BNI Life Insurance dan/atau afiliasinya, serta pihak ketiga yang ditunjuk oleh PT BNI Life Insurance dan/atau afiliasinya, dapat:

- Menghubungi Saya/Kami kembali.
- Mengirimkan informasi mengenai penawaran produk dan/atau layanan, survei nasabah, kampanye produk melalui setiap media komunikasi yang tersedia.
- Media komunikasi yang digunakan termasuk namun tidak terbatas pada:
 - Surat
 - Surat elektronik (email)
 - Short Message Service (SMS)
 - Telepon
 - Media komunikasi digital/elektronik lainnya.

☐ Setuju ☐ Tidak Setuju

2. Periode Penyimpanan Data

Saya/Kami menyadari bahwa data pribadi Saya/Kami akan disimpan oleh PT BNI Life Insurance setelah periode retensi yang diperlukan untuk memenuhi tujuan pengumpulan data tersebut dan sesuai dengan kebijakan internal perusahaan & ketentuan Perundang-undangan hukum yang berlaku.

☐ Setuju ☐ Tidak Setuju

3. Pengiriman Polis Secara Elektronik (e-Policy).

Saya/Kami bersedia menerima polis secara elektronik (e-Polis) maka nasabah wajib mengunduh dan menyimpan file e-Polis yang dikirimkan melalui WA atau SMS.

☐ Setuju ☐ Tidak Setuju

Tanggal / / tgl/bln/thn

Tanda Tangan Nasabah

(Tanda tangan & nama jelas)

PERNYATAAN PEMBERIAN KUASA (Harap dibaca dengan teliti sebelum menandatangani SPAJ ini)

Dengan ini, Saya dan/atau Calon Tertanggung memberikan dan menerima kuasa yang tidak dapat ditarik kembali atau dibatalkan kepada seorang dokter, klinik laboratorium, rumah sakit, perusahaan asuransi, instansi lain atau perorangan yang mempunyai catatan/keterangan tentang diri Saya dan/atau Calon Tertanggung berhubungan dengan riwayat Kesehatan, penyakit atau perawatan Saya dan/atau Calon Tertanggung untuk diberikan kepada Penanggung atau petugas yang ditunjuk oleh Penanggung. Surat kuasa ini tidak berakhir dengan sebab apapun, termasuk meninggalnya Saya dan/atau Calon Tertanggung, maupun sebab-sebab yang disebutkan dalam Pasal 1813, 1814 dan pasal 1816 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata Indonesia. Salinan Surat Kuasa ini berlaku sama kuat dengan aslinya.

Ditandatangani di Kota

Tanggal / / tgl/bln/thn

Calon Pemegang Polis

Calon Tertanggung

Orang Tua/Wali, bila Calon Tertanggung < 17 tahun

Calon Pembayar Premi (jika berbeda dengan CPP/CT)

(
Tanda tangan & nama jelas

(
Tanda tangan & nama jelas

(
Tanda tangan & nama jelas

(
Tanda tangan & nama jelas

Ditandatangani di Kota

Tanggal / / tgl/bln/thn

JANGAN TANDA TANGANI SPAJ KOSONG

Penutup/Tenaga Pemasar

Diperiksa oleh Supervisor Pemasar

(
Tanda tangan & nama jelas

(
Tanda tangan & nama jelas

Disclaimer Clause :

- Produk asuransi ini diterbitkan oleh PT BNI Life Insurance, bukan merupakan produk PT Bank Negara Indonesia (Persero) Tbk.
- PT Bank Negara Indonesia (Persero) Tbk tidak menjamin, tidak bertanggung jawab serta tidak menanggung risiko yang timbul atas Polis asuransi yang diterbitkan oleh PT BNI Life Insurance.
- Segala tanggung jawab hukum sehubungan dengan penerbitan dan atau penyelenggaraan asuransi ini sepenuhnya merupakan tanggung jawab PT BNI Life Insurance.

SURAT KUASA PENDEBETAN ATAU OTORISASI KREDIT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini

Pilihan Pembayaran Pertama:

Nama pemilik rekening/kartu kredit

Nomor rekening/kartu kredit

Nama Bank/Bank penerbit kartu kredit Jenis kartu kredit ☐ Visa ☐ Mastercard

Tanggal kadaluarsa kartu kredit / / tgl/bn/thn ☐ JCB ☐ American Express

☐ Saya setuju menambahkan pilihan pembayaran kedua sebagai pengganti jika pendebitan premi pada pilihan pembayaran pertama tidak berhasil dilakukan.

Pilihan Pembayaran Kedua:

Nama pemilik rekening/kartu kredit

Nomor rekening/kartu kredit

Nama Bank/Bank penerbit kartu kredit Jenis kartu kredit ☐ Visa ☐ Mastercard

Tanggal kadaluarsa kartu kredit / / tgl/bn/thn ☐ JCB ☐ American Express

Hubungan pemilik rekening dengan Pemegang Polis

Selanjutnya disebut sebagai "Pemberi Kuasa"

Dengan ini memberi kuasa kepada PT BNI Life Insurance untuk mendebit rekening atau otorisasi kartu kredit saya sehubungan dengan pembayaran premi termasuk premi tambahan (jika ada) yang berlaku terhadap Polis di bawah ini:

No. SPAJ

Nama Produk

Nama Pemegang Polis

Total Premi Rp /Bulan/Triwulan/Semester/Tahun/Sekaligus

(Terbilang)

Dalam hal bila/jika gagal debit atas pilihan pertama, maka saya bersedia dalam waktu >30 dari tahun tempo akan dilakukan pendebitan melalui pilihan pembayaran kedua. Jika pilihan kedua berhasil maka pendebitan selanjutnya akan tetap di pilihan kedua namun masih terjadi gagal pada pilihan kedua dalam waktu >30 dari tahun tempo maka akan dilakukan pendebitan melalui pilihan pembayaran pertama. 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 BNI Life Insurance.

Demikian Surat Kuasa ini saya buat dengan sebenarnya untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya

Tanggal / / tgl/bn/thn

Tanda Tangan Pemberi Kuasa

Materai 10.000

Nama Jelas

* Coret yang tidak perlu

**JANGAN BAYAR PREMI
DENGAN UANG TUNAI**

BUKTI PENGAJUAN ASURANSI JIWA

(Bukan Merupakan Kuitansi Pembayaran, Bukti Tersebut Harus Diserahkan Ke Nasabah Oleh Pemasar)

Nama Calon Pemegang Polis		Periode Pembayaran Premi:
Nama Calon Tertanggung		☐ Tahunan ☐ Semester
Asuransi Dasar		☐ Triwulan ☐ Bulanan
Asuransi Tambahan	1	☐ Sekaligus/Tunggal
	2	
	3	
	4	
	5	
Jumlah setoran pertama	Rp	
Pembayaran premi pertama ditujukan ke Rekening		
Pemindahbukuan/Transfer dilakukan pada tanggal	/ / tgl/bh/thn	
Ditandatangani di		Tanggal / / tgl/bh/thn
(Wajib diisi)		
Nama BAS		Mengetahui (Tanda tangan & nama jelas) BAS (Tanda tangan & nama jelas) Calon Pemegang Polis
Kode BAS		
No HP BAS		

* Ini adalah tanda terima pengajuan Asuransi, bukan merupakan kuitansi pembayaran. Calon Pemegang Polis dapat menghubungi PT BNI Life Insurance di Customer Care telp 1-500-045, e-mail care@bni-life.co.id, SMS center 0811-17626 untuk mengetahui proses SPAJ

PEMBAYARAN PREMI WAJIB MELALUI PEMINDAHBUKUAN KE VIRTUAL ACCOUNT PT BNI LIFE INSURANCE
TIDAK DIPERKENANKAN MELAKUKAN PEMBAYARAN SECARA TUNAI/CASH/CEK MELALUI TENAGA PEMASAR/KARYAWAN
SESUAI YANG ADA PADA SURAT PENGAJUAN ASURANSI JIWA INI

FORMULIR WARGA NEGARA ASING

Calon Pemegang Polis/Tertanggung wajib mengisi Formulir Warga Negara Asing ini secara lengkap

1. Apakah Anda memiliki alamat korespondensi di Amerika Serikat atau negara asing lain selain Indonesia? ☐ Ya ☐ Tidak
 Jika "Ya", mohon mengisi kolom dibawah apabila dijawab "Tidak" dapat langsung ke nomor 13

2. Alamat

3. Kota No PO BOX

4. Negara ☐ Amerika ☐ Lainnya,sebutkan

5. Negara tempat lahir ☐ Amerika ☐ Lainnya,sebutkan

6. Negara tempat tinggal terkini ☐ Amerika ☐ Lainnya,sebutkan

7. Negara alamat surat menyurat
 PO BOX

8. No. Telepon di negara lain
 Rumah
 Kantor
 HP

9. Email

10. Jenis Identitas diri ☐ KTP ☐ Paspor ☐ KITAS/Kitap ☐ KIMS ☐ Lainnya,sebutkan

11. No. Identitas

12. Berlaku sampai dengan / / tgl/bh/thn

13. Apakah Anda memiliki *effective power of attorney* atau menjadi *signatory authority* untuk pihak dengan alamat Amerika Serikat atau di negara asing lainnya? ☐ Ya ☐ Tidak

14. Apakah Anda melakukan transaksi atas rekening yang dikelola di Amerika Serikat atau di negara asing lainnya? ☐ Ya ☐ Tidak

15. Apakah Anda memiliki *in-care-of* atau *hold mail address* yang merupakan *the sole address*? ☐ Ya ☐ Tidak
 Jika terdapat jawaban "Ya" pada pertanyaan nomor 13,14,15 mohon mengisi pertanyaan dibawah (16,17,18)

16. Apakah Anda memiliki ijin tinggal di Amerika Serikat (*US green card*) atau di negara asing lainnya? ☐ Ya ☐ Tidak

17. Apakah Anda merupakan penduduk tetap berstatus asing di Amerika Serikat atau di negara asing lainnya? ☐ Ya ☐ Tidak

18. Apakah Anda membayar pajak ke Amerika Serikat atau di negara asing lainnya? ☐ Ya ☐ Tidak

19. Jika terdapat jawaban "Ya" pada salah satu dari ketiga pertanyaan (16,17,18) di atas, mohon memberikan informasi No. U.S. TIN atau No U.S. Social Security Anda
 atau nomor wajib pajak negara asing lainnya

SURAT PERNYATAAN PEMEGANG POLIS

Formulir ini merupakan satu kesatuan dan bagian yang tidak terpisahkan dari Surat Pengajuan Asuransi Jiwa atau formulir lainnya yang dapat dipersamakan dengan itu. Bersama ini saya/kami memberi kuasa kepada PT BNI Life Insurance untuk mengungkapkan informasi pribadi saya/kami/perusahaan (Instansi) dalam hal menanggapi perintah pengadilan atau proses hukum atau permintaan dari pihak regulator atau berwenang dari yurisdiksi manapun atau untuk melindungi terhadap penipuan atau aktifitas ilegal lainnya atau untuk tujuan manajemen risiko atau untuk memungkinkan PT BNI Life Insurance melakukan upaya hukum yang tersedia atau membatasi kerusakan yang mungkin terjadi terhadap PT BNI Life Insurance dan/atau mematuhi hukum dan proses hukum termasuk tetapi tidak terbatas pada peraturan Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA).
 Saya/kami juga bersedia untuk memberikan informasi/dokumen yang diperlukan guna memenuhi informasi terkait Formulir Warga Negara Asing baik kepada otoritas pajak Amerika Serikat atau otoritas pajak negara asing lainnya melalui Otoritas Jasa Keuangan dan otoritas pajak di Indonesia dan dengan segera mengkinikan data pada PT BNI Life Insurance jika ada perubahan atas informasi tersebut.

Ditandatangani di Tanggal / / tgl/bh/thn
 Kota

Calon Pemegang Polis/Tertanggung

()
 Tanda tangan & nama jelas

SURAT PERNYATAAN TENAGA PEMASAR

Sebagai tenaga pemasar PT BNI Life Insurance, saya yang bertanda tangan di bawah :

Nama :

Kode Pemasar :

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

1. Hubungan Tenaga Pemasar dengan Calon Pemegang Polis/Calon Tertanggung ?

2. Berapa lama mengenal Calon Pemegang Polis/ Calon Tertanggung ?

3. Menurut pengalaman Anda apakah :

a. Calon Tertanggung/Calon Pemegang Polis dalam keadaan sehat ?

b. Pernah mendengar dan/mengetahui bahwa Calon Pemegang Polis/Calon Tertanggung menderita sakit atau dalam pengobatan/mengunjungi dokter ?

c. Anda bertemu atau melihat secara langsung Calon Pemegang Polis/Calon Tertanggung saat Surat Permintaan ini ditandatangani ?

4. Apakah sudah di jelaskan pada Calon Pemegang Polis bahwa jawaban yang tidak benar akan berakibat batalnya perjanjian asuransi jiwa ?

Calon Pemegang Polis

Calon Tertanggung

Hari

Ya

Tidak

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

Ya

Tidak

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

Penilaian tentang Calon Pemegang Polis dan Calon Tertanggung (wajib diisi untuk uang Pertanggungan $\geq$ Rp. 2.000.000.000,-)

Saya menyatakan bahwa :

1. Semua keterangan, pernyataan dan penjelasan yang terdapat dalam Surat Permintaan Asuransi Jiwa ini adalah keterangan yang di berikan oleh Calon Pemegang Polis dan/atau Calon Tertanggung yang di tandatangani di hadapan saya, dan saya tidak menyembunyikan informasi apapun kepada Pemegang Polis dan/atau Calon Tertanggung serta PT BNI Life Insurance.

2. Saya tidak memberikan keterangan yang bertentangan dengan Ketentuan Umum dan Ketentuan Khusus Polis PT BNI Life Insurance, termasuk dampak dan kerugian yang timbul apabila Surat Permintaan Asuransi Jiwa ini merupakan pengganti Polis lain. Saya telah melakukan verifikasi atas seluruh salinan dan dokumen yang di berikan oleh Calon Pemegang Polis kepada saya dan menyatakan bahwa salinan tersebut adalah sesuai dengan aslinya, Serta Bukti Pengajuan Asuransi Jiwa sudah saya serahkan ke nasabah.

3. Saya menyatakan bahwa berdasarkan hasil pengamatan saya, Calon Pemegang Polis atau Calon Pembayar Premi sanggup untuk mempertahankan pembayaran premi sesuai dengan jenis produk yang dipilihnya.

4. Apabila di kemudian hari timbul sengketa yang berkaitan dengan Surat Permintaan Asuransi Jiwa ini, maka saya bersedia untuk dimintai keterangan dan pertanggung jawaban atas kebenaran dari keterangan, pernyataan dan penjelasan yang terdapat dalam Surat Permintaan Asuransi Jiwa ini.

Ditandatangani di

Tanggal

/

/

tgl/bln/thn

Tenaga Pemasar

()

Tanda tangan & nama jelas

Supervisor Pemasar

()

Tanda tangan & nama jelas