

Diisi oleh Tenaga Penutup

Kode Referral	
Kode Tenaga Penutup	
Nama Tenaga Penutup	
Kode Cabang	

Nomor Seri : _____
 Nomor SPAP : _____
 Nomor Polis : _____

Bank Sinarmas, Cab. Thamrin a.n. PT. Asuransi Sinar Mas

Acc No. (IDR) : _____

- Isilah formulir dengan huruf cetak dan gunakan satu macam warna tinta.
- Setiap pembetulan/ revisi dengan menebalkan tulisan harus disetujui dan ditandatangani oleh Calon Pemegang Polis dan/ atau Calon Tertanggung Simas Super Cover dan penggunaan cairan koreksi atau tipe-ex tidak diperkenankan.
- Mohon tidak menandatangani formulir ini, jika belum diisi lengkap.

A. DATA CALON PEMEGANG POLIS
DATA CALON TERTANGGUNG

<p>1 Nama Lengkap (Sesuai bukti Identitas) : _____</p> <p>2 Nama Ibu Kandung : _____</p> <p>3 Tempat/ Tanggal Lahir : _____ Tanggal <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Bulan <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Tahun <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>4 Jenis Kelamin : <input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan</p> <p>5 Status : <input type="checkbox"/> Belum Menikah <input type="checkbox"/> Menikah <input type="checkbox"/> Janda/ Duda</p> <p>6 Nomor NPWP : _____</p> <p>7 Warga Negara : _____</p> <p>8 Bukti Identitas : <input type="checkbox"/> KTP <input type="checkbox"/> Paspor <input type="checkbox"/> Lainnya Nomor Identitas : _____</p> <p>9 Pendidikan : <input type="checkbox"/> Tidak/ Belum Sekolah <input type="checkbox"/> D1/ D2/ D3 <input type="checkbox"/> TK/ SD/ SMP/ SMA <input type="checkbox"/> S1/ S2/ S3</p> <p>10 Pekerjaan : <input type="checkbox"/> TNI/ POLRI <input type="checkbox"/> Pegawai Negri Sipil (PNS) <input type="checkbox"/> Karyawan <input type="checkbox"/> Pemilik Usaha/ Wiraswasta <input type="checkbox"/> Ibu Rumah Tangga <input type="checkbox"/> Mahasiswa/ Pelajar <input type="checkbox"/> Lainnya, _____</p> <p>11 Bidang Industri : _____</p> <p>12 Jabatan : _____</p> <p>13 Total Pendapatan Kotor /bulan : <input type="checkbox"/> < Rp. 10 Juta <input type="checkbox"/> < Rp. 10 Juta – Rp. 50 Juta <input type="checkbox"/> < Rp. 50 Juta – Rp. 100 Juta <input type="checkbox"/> < Rp. 100 Juta – Rp. 300 Juta <input type="checkbox"/> < Rp. 300 Juta – Rp. 500 Juta <input type="checkbox"/> > Rp. 500 Juta</p> <p>14 Alamat Rumah : _____ Kota/ Kab. : _____ Kec. : _____ Kel. : _____ Kode Pos : _____ Telp : _____</p> <p>15 Alamat Korespondensi : _____ Kota/ Kab. : _____ Kec. : _____ Kel. : _____ Kode Pos : _____ Telp : _____</p> <p>16 Alamat Tempat Kerja : _____ Kota/ Kab. : _____ Kec. : _____ Kel. : _____ Kode Pos : _____ Telp : _____</p> <p>17 No. Handphone : _____</p> <p>18 E-Mail : _____</p> <p>19 Sumber Penghasilan : <input type="checkbox"/> Gaji <input type="checkbox"/> Dana Pensiun <input type="checkbox"/> Warisan <input type="checkbox"/> Hasil Investasi <input type="checkbox"/> Hasil Usaha</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Tanggal <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Bulan <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Tahun <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan</p> <p><input type="checkbox"/> Belum Menikah <input type="checkbox"/> Menikah <input type="checkbox"/> Janda/ Duda</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> KTP <input type="checkbox"/> Paspor <input type="checkbox"/> Lainnya</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak/ Belum Sekolah <input type="checkbox"/> D1/ D2/ D3 <input type="checkbox"/> TK/ SD/ SMP/ SMA <input type="checkbox"/> S1/ S2/ S3</p> <p><input type="checkbox"/> TNI/ POLRI <input type="checkbox"/> Pegawai Negri Sipil (PNS) <input type="checkbox"/> Karyawan <input type="checkbox"/> Pemilik Usaha/ Wiraswasta <input type="checkbox"/> Ibu Rumah Tangga <input type="checkbox"/> Mahasiswa/ Pelajar <input type="checkbox"/> Lainnya, _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> < Rp. 10 Juta <input type="checkbox"/> < Rp. 10 Juta – Rp. 50 Juta <input type="checkbox"/> < Rp. 50 Juta – Rp. 100 Juta <input type="checkbox"/> < Rp. 100 Juta – Rp. 300 Juta <input type="checkbox"/> < Rp. 300 Juta – Rp. 500 Juta <input type="checkbox"/> > Rp. 500 Juta</p> <p>_____</p> <p>Kota/ Kab. : _____ Kec. : _____ Kel. : _____ Kode Pos : _____ Telp : _____</p> <p>_____</p> <p>Kota/ Kab. : _____ Kec. : _____ Kel. : _____ Kode Pos : _____ Telp : _____</p> <p>_____</p> <p>Kota/ Kab. : _____ Kec. : _____ Kel. : _____ Kode Pos : _____ Telp : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	--

- 20 Tujuan Membeli Asuransi : Investasi Proteksi
- 21 Sumber Pendanaan : Dari Pemegang Polis
 Pembelian Asuransi Gaji Investasi/ Tabungan/ Deposito Hasil Usaha Warisan dari : _____
Bukan Pemegang Polis
 Pembayar Premi adalah : _____
- 22 Calon Pemegang Polis : _____ Dari Calon Tertanggung

B. DATA REKENING PEMEGANG POLIS

No. Rek Mata Uang : IDR Dollar Atas Nama : _____

Bank : _____ Cabang : _____ Kota : _____

Catatan : Data rekening ini akan digunakan sebagai rekening tujuan bila terdapat pengambilan Premi pertama atau pembayaran Manfaat (kecuali Manfaat Meninggal Dunia)

C. DATA USULAN ASURANSI

1 Mata uang dan jenis Fund : **ASM Fixed Income Fund**

2 Premi :

	Premi	Rupiah	Dollar
Premi sekaligus			
Premi Top Up			
Total Premi			

D. PIHAK YANG DITUNJUK SEBAGAI PENERIMA MANFAAT

No	Nama (sesuai dengan KTP/Akte Kelahiran)	Pria/ Wanita	Tanggal Lahir	Hubungan dengan Tertanggung	Manfaat (%)
1					
2					
3					
4					

Apabila % Manfaat tidak diisi, maka % akan dibagi secara Pro Rata

E. PERNYATAAN DAN KUASA

Saya Calon Tertanggung dan Calon Pemegang Polis:

- Tidak ada pernyataan, keterangan atau persetujuan yang diberikan oleh siapapun, termasuk tenaga pemasar PT Asuransi Sinar Mas, yang dapat mengikat PT Asuransi Sinar Mas kecuali apabila diberikan secara tertulis dan disahkan oleh PT Asuransi Sinar Mas sebagaimana tercantum dalam Polis.
- Mengerti bahwa PT Asuransi Sinar Mas dalam menerima pertanggungan yang diminta ini berdasarkan pernyataan dan keterangan yang Saya/Kami berikan, termasuk data pendukung (jika ada). Oleh karena itu Saya/Kami mengerti dan menyetujui bahwa apabila di kemudian hari diketahui bahwa pernyataan/keterangan/data yang Saya/Kami berikan ini keliru atau tidak benar atau yang Saya/Kami ketahui tetapi tidak Saya/Kami beritahukan kepada PT Asuransi Sinar Mas bersama surat pengajuan ini, maka mengakibatkan pertanggungan yang diadakan berdasarkan pengajuan ini menjadi batal (Pasal 251 KUHD) dan PT Asuransi Sinar Mas tidak berkewajiban membayarkan klaim yang diajukan atasnya.
- Mengerti bahwa PT Asuransi Sinar Mas berhak menggunakan informasi pribadi (antara lain nama, alamat, nomor telepon, dan lainnya) yang Saya/Kami berikan dalam Surat Pengajuan Asuransi PAYDI (SPAP) ini untuk memberikan pelayanan atas SPAP dan/atau Polis setelah diterbitkan dan memberi informasi produk terbaru dan informasi terkait lainnya dari waktu ke waktu.
- Menyerahkan dan memahami ilustrasi yang menjelaskan Produk dan Manfaat Asuransi serta Saya/Kami sendiri yang menandatangani SPAP ini.
- PT Asuransi Sinar Mas telah menjalankan peraturan perundang-undangan yang berlaku tentang Prinsip Mengenal Nasabah bagi Lembaga Keuangan Non Bank dan dengan ini Saya/Kami menjamin bahwa sumber dana untuk pembayaran premi yang disetorkan kepada PT Asuransi Sinar Mas bukan berasal dari hasil tindak pidana.
- Memberi kuasa yang tidak dapat ditarik kembali dan tidak akan berakhir karena terjadinya risiko meninggal dunia pada diri Saya/Kami atau oleh hal yang ditetapkan dalam Pasal 1813 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata kepada setiap dokter, rumah sakit, klinik, kantor asuransi dan organisasi lain atau perorangan yang mempunyai catatan data atau yang mengetahui keadaan medis/kesehatan diri Saya/Kami, untuk memberitahukan secara tertulis keterangan medis/kesehatan atau keadaan Saya/Kami tersebut kepada PT Asuransi Sinar Mas atau Mereka yang diberi kuasa olehnya.
- Menyetujui dan memberikan kuasa kepada PT Asuransi Sinar Mas untuk memotong biaya administrasi sebesar Rp 50.000,00 (lima puluh ribu rupiah) dari setoran premi yang telah Saya/Kami bayar apabila SPAP ini Saya/Kami batalkan dalam masa pengajuan atau peninjauan Polis.
- Pemberian kuasa ini tidak dapat ditarik kembali dan mengikat para pengganti/Ahli Waris dan Yang Ditunjuk dan tetap berlaku setelah Saya/Kami meninggal atau dalam keadaan cacat.
- Menyetujui SPAP ini bukan merupakan bukti pertanggungan berlaku. Pertanggungan berlaku sesuai dengan tanggal mulai berlaku yang dinyatakan dalam Polis yang telah diterbitkan dan disetujui Penanggung serta premi telah dibayar lunas.
- Setiap penarikan dana atau penebusan Polis atau pengambilan manfaat tahapan atau pengambilan manfaat yang telah jatuh tempo, tunduk kepada ketentuan yang penarikan dana atau penebusan Polis atau pengambilan manfaat tahapan atau pengambilan manfaat yang telah jatuh tempo dapat dilakukan/diproses setelah Penanggung melakukan konfirmasi langsung kepada Pemegang Polis. Apabila tidak ada konfirmasi dari Pemegang Polis yang mengakibatkan penarikan dana atau penebusan Polis atau pengambilan manfaat tahapan atau pengambilan manfaat yang telah jatuh tempo tidak dapat dilakukan/diproses, maka Pemegang Polis membebaskan Penanggung dari segala tuntutan kerugian yang timbul karenanya.
- Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Saya/Kami dalam keadaan sehat baik jasmani maupun rohani, tidak dalam keadaan sakit berat/penyakit serius, tidak sedang dalam perawatan dokter/rumah sakit, tidak menderita cacat tubuh, serta tidak menggunakan narkotika/zat adiktif dan obat-obatan terlarang lainnya. Apabila pernyataan yang saya berikan ini tidak benar, maka PT Asuransi Sinar Mas berhak membatalkan asuransi dan tidak membayarkan klaim.
- Bahwa saya menyetujui PT Asuransi Sinar Mas akan melakukan investasi atas premi terhitung sejak premi diterima oleh PT Asuransi Sinar Mas, atas hal ini saya telah sepenuhnya memahami mengenai risiko investasi.
- Mengerti dan menyetujui apabila Tertanggung meninggal dunia karena kecelakaan, sedangkan pertanggungan masih dalam proses underwriting (seleksi risiko) dan premi telah dibayarkan, maka PT Asuransi Sinar Mas akan mengembalikan premi yang telah dibayarkan dikurangi biaya-biaya jika ada.
- Menyetujui dan mengerti semua pernyataan dan kuasa tersebut di atas.

Ditandatangani di, _____, / / _____

Calon Tertanggung	Calon Pemegang Polis
Tanda Tangan dan Nama Lengkap	Tanda Tangan dan Nama Lengkap

F. PERNYATAAN TENAGA PENUTUP

Saya menerangkan bahwa jawaban Calon Bertanggung jawab dan/atau Calon Pemegang Polis adalah sesuai dengan keadaan sebenarnya dan ditandatangani di hadapan Saya. Apabila jawaban tersebut menyimpang dari kebenaran, maka hal itu adalah tanggung jawab Saya, dan dengan ini Saya menyatakan bersedia menanggung akibat hukumannya.

Tenaga Penutup	Atasan Tenaga Penutup
Tanda Tangan dan Nama Lengkap	Tanda Tangan dan Nama Lengkap