

CARlink Pro

DATA NASABAH

Nama Tertanggung : Usia : Tahun Pria Merokok
 Wanita Tidak Merokok
 Nama Pemegang Polis : Usia : Tahun Pria Merokok
 Wanita Tidak Merokok

DATA INVESTASI

Mata Uang : Rupiah
 Masa Bayar : 5 Tahun
 Cara Bayar : Tahunan
 Premi Pokok : Rp. 4,200,000
 Premi Top Up : Rp. 0
 Total Premi : Rp. 4,200,000

DATA ASURANSI

Asuransi Pokok

Berjangka

Uang Pertanggungan	Biaya Tahun ke -1	Asuransi	Masa Pertanggungan
Rp. 21,000,000	Rp.		Tahun
	Rp.		

Total

ALOKASI INVESTASI

Jenis Investasi	% Alokasi Premi
CARlink Pro – Safe	0%
CARlink Pro – Fixed	0%
CARlink Pro – Mixed	100%
CARlink Pro – Flexy	0%
Total	100%

Ringkasan Manfaat:

Berjangka

- Apabila Tertanggung meninggal dunia baik karena sakit atau kecelakaan dalam masa pertanggungan maka akan dibayarkan

Uang Pertanggungan CARlink Pro ditambah dengan nilai investasi (nilai tunai). Pertanggungan selanjutnya menjadi gugur.

Disajikan Oleh :

Tanda Tangan Agen : _____

Kode Agen :

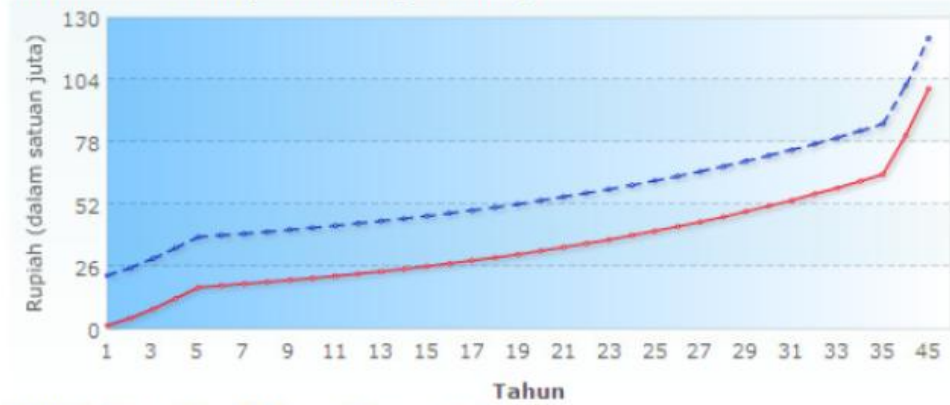
Tanggal :

Tanda Tangan Calon Pemegang Polis : _____

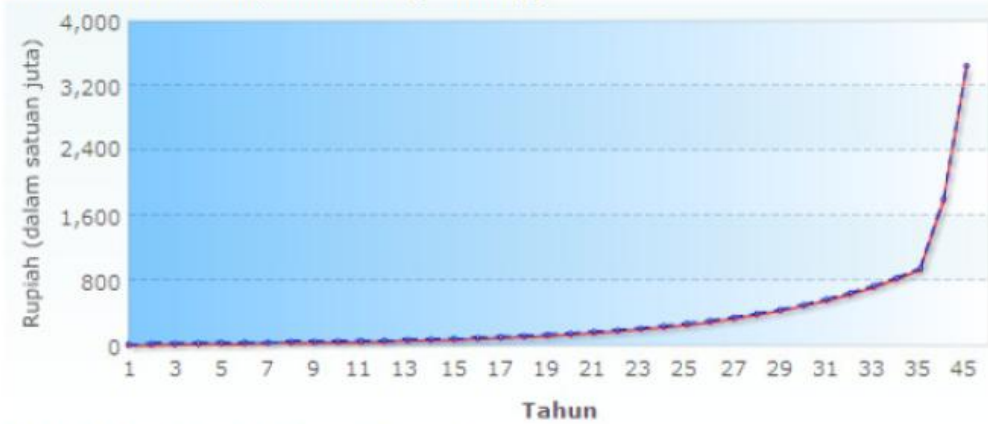
CARlink Pro – Mixed

Dengan asumsi umur tertanggung 30 th.

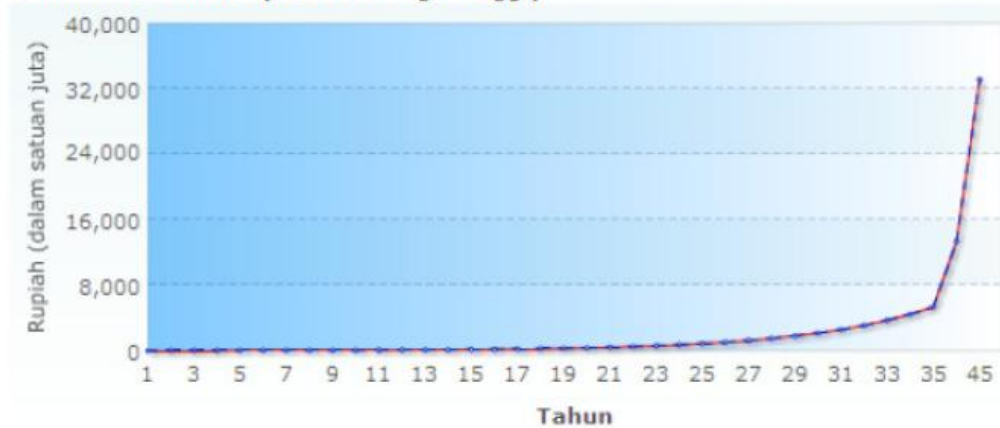
CARlink Pro - Mixed (Asumsi Bunga Rendah)



CARlink Pro - Mixed (Asumsi Bunga Sedang)



CARlink Pro - Mixed (Asumsi Bunga Tinggi)



Catatan:

- Pembayaran premi mohon untuk ditransfer ke rekening :
- **BCA 084-4444911 an PT. AJ Central Asia Raya, cabang Wisma Asia**

CARlink Pro - Mixed:

(Perusahaan tidak menerima pembayaran premi secara tunai)

- Tahapan dan nilai investasi (nilai tunai) adalah nilai pada akhir tahun.
- Total manfaat pertanggungan adalah uang pertanggungan + nilai investasi (nilai tunai)
- Nilai investasi tidak dijamin dan nilainya bisa meningkat atau menurun tergantung dari hasil investasi yang diperoleh.
- Penilaian dana investasi dilakukan setiap hari berdasarkan nilai wajar dari masing - masing jenis investasi.
- Asumsi rendah, sedang dan tinggi pada nilai investasi hanya merupakan ilustrasi saja dan bukan merupakan jaminan untuk hasil investasi yang akan datang.
- Penempatan investasi CARlink Pro - Mixed :
Kas, Deposito, Obligasi, Saham, Reksadana Pendapatan Tetap, Reksadana Saham.
- Ilustrasi proposal di atas sudah memperhitungkan :
 - Biaya akuisisi yang meliputi biaya operasional perusahaan dan biaya marketing
 - Biaya Administrasi sebesar Rp. 25,000/bulan
 - Biaya Asuransi (biaya mortalita)
 - Pajak sesuai ketentuan (jika ada)
 - Biaya Pengelolaan Dana CARlink Pro - Mixed maksimum 3% / tahun
- Untuk setiap penarikan dana yang dilakukan dalam 3 tahun akan dikenakan pajak penghasilan sebesar 20 % atas kelebihan penarikan dana terhadap total premi yang telah dibayar.
- Penarikan dana di bawah satu tahun dikenakan biaya sebesar 2% dari dana yang ditarik
- Tahapan dan Top-Up irregular tidak dilakukan secara otomatis (proses ini dilakukan setelah ada surat permohonan dari nasabah).
- Alokasi investasi dan biaya akuisisi :
- Premi Utama

Tahun ke-	Alokasi Dana Investasi	Alokasi Biaya Akuisisi
1	40%	60%
2	75%	25%
3	90%	10%
4	95%	5%
5	95%	5%
6>>	100%	0%

Keterangan 6>> : Tahun ke-6 dan seterusnya

- Premi Top Up

Tahun ke-	Alokasi Dana Investasi	Alokasi Biaya Akuisisi
1>>	95%	5%

Keterangan 1>> : Tahun ke-1 dan seterusnya

Disajikan Oleh :

Kode Agen :

Tanggal :

Tanda Tangan Agen : _____

Tanda Tangan Calon Pemegang Polis : _____

SURAT PERNYATAAN

Kepada saya telah dijelaskan mengenai prinsip kerja asuransi CARlink Pro berikut Ringkasan Manfaat, biaya-biaya yang dikenakan serta Laporan Transaksi dan Investasi.

Saya mengerti bahwa:

1. Perhitungan Nilai Investasi yang ada di dalam proposal **hanya merupakan ilustrasi** dan **bukan merupakan jaminan** untuk masa mendatang serta bukan merupakan bagian dari Polis.
2. Besarnya manfaat yang akan dibayarkan akan sangat bergantung pada perkembangan dari nilai investasi yang bisa berubah-ubah.

Dengan menandatangani Surat Pernyataan ini Saya menyatakan bahwa Saya telah mengerti serta menyetujui isi dari proposal tersebut.

(.....)

Calon Pemegang Polis

SURAT PERMINTAAN ASURANSI JIWA

No Ref :

Diisi dengan tinta warna hitam, huruf cetak dan jelas; Berikan tanda V pada kotak jawaban yang sesuai

1. Data Pribadi

Apabila Calon Tertanggung adalah orang yang sama dengan Calon Pemegang Polis maka isi kolom Calon Tertanggung saja.

		Calon Pemegang Polis	Calon Tertanggung
1	Nama Lengkap		
2	Tempat & tanggal lahir		
3	Jenis Kelamin	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
4	Agama / Keyakinan		
5	Alamat tempat tinggal saat ini	.....	.....
	Kode Pos	.....	.....
	Telpon/Handphone	.....	.....
	Email	.....	.....
6	Nomor Identitas Diri	.....	.....
		<input type="checkbox"/> KTP <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Paspor	<input type="checkbox"/> KTP <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Paspor
7	Pekerjaan		
8	Jabatan		
9	Penghasilan/tahun	<input type="checkbox"/> < 100 jt <input type="checkbox"/> 100 – 500 jt <input type="checkbox"/> 500 jt – 1 M <input type="checkbox"/> > 1 M	<input type="checkbox"/> < 100 jt <input type="checkbox"/> 100 – 500 jt <input type="checkbox"/> 500 jt – 1 M <input type="checkbox"/> > 1 M
10	Tinggi & Berat badan	tinggi : cm berat :kg	tinggi :cm berat :kg
11	Hubungan dengan Calon Tertanggung :		

2. Pertanggung jawaban yang diminta

12a. Jenis Pertanggung jawaban dan perincian premi

Jenis Pertanggung jawaban Pokok	Uang Pertanggung jawaban	Premi	Masa Pertanggung jawaban
..... tahun
.....	Mulai:...../...../.....
.....	Akhir :...../...../.....

12b. Khusus unit link, alokasi dana investasi yang dipilih:

- CARlink Pro-Fixed CARlink Pro-Mixed CARlink Pro-Flexy

13. Masa Pembayaran Premi : tahun.

14. Frekuensi pembayaran premi

- Sekaligus Tahunan 6 Bulanan 3 Bulanan Bulanan (khusus autodebit)

15. Cara pembayaran Premi selanjutnya melalui:

- Auto debit Kartu Kredit Virtual Account Transfer

16. Yang Ditunjuk (Penerima manfaat asuransi) apabila Tertanggung meninggal dunia

Nama Lengkap	Jenis Kelamin	Tanggal Lahir	Hubungan dengan Tertanggung	Besarnya Bagian (%)

3. Pertanyaan Kesehatan

		YA	TIDAK
18	Apakah dalam 5 tahun terakhir Anda pernah atau direncanakan atau dianjurkan melakukan pemeriksaan kesehatan, pengobatan rutin dalam pengawasan dokter atau menjalani perawatan rumah sakit atau operasi atau pembedahan?		
19	Berdasarkan pengetahuan, keyakinan, dan informasi yang Anda ketahui, Apakah ada anggota keluarga kandung (Ayah/Ibu/Kakak/Adik) yang pernah menderita penyakit jantung, kanker dan stroke sebelum mencapai usia 60 tahun?		
20	Apakah Anda sedang atau pernah menjalani pengobatan/perawatan atau pernah diberitahu dalam konsultasi /pengawasan medis sehubungan dengan salah satu atau beberapa keadaan/gejala gangguan pada:		
	<input type="checkbox"/> Penyakit Jantung	<input type="checkbox"/> Stroke/Kelainan Pembuluh Darah Otak	<input type="checkbox"/> Kelainan Hormonal
	<input type="checkbox"/> Darah Tinggi	<input type="checkbox"/> Gangguan hati/Empedu /Termasuk Hepatitis	<input type="checkbox"/> Asma
	<input type="checkbox"/> Kencing manis	<input type="checkbox"/> Kelainan Ginjal dan /Saluran Kemih	<input type="checkbox"/> TBC
	<input type="checkbox"/> Epilepsi	<input type="checkbox"/> Kelainan tulang dan / Sendi	<input type="checkbox"/> AIDS dan HIV
	<input type="checkbox"/> Kanker / Tumor	<input type="checkbox"/> Kelainan Darah dan / Pembuluh Darah	<input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan
	<input type="checkbox"/> Hamil.....bulan	<input type="checkbox"/> Lainnya .....(mohon sebutkan)	
21	Apakah Anda mempunyai kebiasaan merokok atau minum minuman beralkohol atau menggunakan narkotika/obat terlarang atau obat penenang ?		
22	Apakah Anda melakukan atau mempunyai kegemaran olahraga yang penuh resiko (misalnya mendaki gunung, layang gantung, olahraga bermotor, menyelam dll) atau melakukan penerbangan selain sebagai penumpang pesawat komersial yang berjadwal?		
23	Apakah permohonan Anda untuk menutup atau memulihkan asuransi jiwa, penyakit kritis, kecelakaan, kecacatan atau asuransi kesehatan pernah ditolak, ditangguhkan atau dibatalkan atau pernahkah polis Anda diubah persyaratannya, dikenakan premi tambahan, dibatalkan atau ditolak pembaharuannya atau selama 3 tahun terakhir pernah mengajukan klaim pada asuransi manapun?		

Apabila ada jawaban "Ya" dari pertanyaan-pertanyaan tersebut diatas, harap jelaskan lebih lanjut dengan melengkapi nama penyakit / jenis operasi, waktu pengobatan yang pernah/masih diberikan, kondisi saat ini dan nama dokter/RS yang merawat. Gunakan lembar kertas baru apabila diperlukan dan **bubuhkan tanggal dan tanda tangan Anda**

.....

Pernyataan dan Kuasa

Dengan ini Calon Pemegang Polis dan Calon Tertanggung menyatakan setuju bahwa:

- Semua pernyataan, keterangan, dan jawaban yang dinyatakan dalam Surat Permintaan Penutupan Asuransi ini serta apabila dilakukan pemeriksaan kesehatan telah diberikan sesuai dengan apa yang diketahui secara lengkap dan benar oleh Calon Pemegang Polis dan/atau Calon Tertanggung, dan menjadi dasar dan bagian dari kontrak Polis yang akan diterbitkan PT Asuransi Jiwa Central Asia Raya.
- Apabila dikemudian hari diketahui bahwa pernyataan/keterangan/data yang diberikan keliru atau tidak benar atau hal-hal yang diketahui oleh calon Pemegang Polis dan/atau Calon Tertanggung akan tetapi tidak diberitahukan (disembunyikan) kepada PT Asuransi Jiwa Central Asia Raya, maka Polis yang diterbitkan berdasarkan Surat Permintaan Penutupan Asuransi ini menjadi batal (Pasal 251 KUHD) walaupun sebelum penutupan Polis ini telah dilakukan pemeriksaan kesehatan dan PT Asuransi Jiwa Central Asia Raya tidak berkewajiban membayar klaim yang diajukan atasnya.
- PT Asuransi Jiwa Central Asia Raya telah menjalankan Peraturan Menteri Keuangan (PMK) Nomor 30/PMK.010/2010 tentang Penerapan Prinsip Mengenal Nasabah dan menjamin bahwa sumber dana untuk pembayaran premi bukan berasal dari tindak pidana.
- Pertanggungannya hanya akan berlaku apabila pada saat penyerahan Polis, Tertanggung dalam keadaan sehat dan premi pertama sudah dilunasi.
- Calon Pemegang Polis dan Calon Tertanggung memberi kuasa yang tidak dapat ditarik kembali dan tidak akan berakhir karena terjadinya resiko meninggal dunia pada diri Calon Pemegang Polis dan Calon Tertanggung atau oleh hal-hal yang ditetapkan dalam pasal 1813 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata R.I. kepada dokter, klinik, rumah sakit, perusahaan asuransi, instansi yang berwenang dan organisasi lainnya ataupun perorangan yang mengetahui mengenai riwayat kesehatan Calon Tertanggung untuk memberikan keterangan yang diminta/diperlukan oleh PT Asuransi Jiwa Central Asia Raya.

HARAP DIBACA DENGAN TELITI SEBELUM DITANDATANGANI

Ditandatangani di.....tanggal/...../.....

Disaksikan oleh:

Calon Tertanggung

Calon Pemegang Polis

(.....)
 Nama Jelas

(.....)
 Nama Jelas

(.....)
 Nama Jelas

Kode Cabang: Kode Unit: Kode Agen: Kode Adm: Kode Penagihan:

Nama Agen:

Premi pertama dilunasi dengan kwitansi sementara no:.....Sebesar Rp/US\$.....

Polis dikirim ke :