

## KUESIONER FINANSIAL

Perlu diperhatikan:

- Wajib diisi oleh (Calon) Pemegang Polis dan / atau (Calon) Tertanggung.
- Wajib diisi oleh Pemegang Polis dengan tinta hitam, huruf cetak, jelas dan memberi tanda (√) pada kotak sesuai pilihan.
- Wajib menandatangani setiap koreksi penulisan (jika ada).
- Penulisan tanggal selalu mempergunakan format Tanggal-Bulan-Tahun.
- Apabila diperlukan lembar tambahan, dapat mempergunakan Formulir Pernyataan / Amandemen Untuk SPAJ & Pengajuan Pelayanan Polis yang diisi dan ditandatangani oleh (Calon) Pemegang Polis, (Calon) Tertanggung dan Tenaga Penjual.

### I. DATA (CALON) PEMEGANG POLIS & TERTANGGUNG

- Nomor SPAJ/Polis Asuransi:
- Nama Lengkap (Calon) Pemegang Polis: (sesuai dengan KTP/Paspor)
- Nama Lengkap (Calon) Tertanggung: (sesuai dengan KTP/Paspor)

### II. DILENGKAPI UNTUK (CALON) TERTANGGUNG DENGAN PENGHASILAN TETAP

- Sebutkan penghasilan pribadi tahunan Anda dalam 2 (dua) tahun terakhir:

Jenis Pendapatan	Tahun Ini (Rp)	Tahun Lalu (Rp)
Gaji/Pendapatan Tetap		
Dividen		
Bonus/Komisi		
Pembagian Keuntungan		
Pendapatan lainnya : (jelaskan jenisnya)		
• .....		
Total		

- Sebutkan perkiraan (estimasi) nilai aset dan kewajiban (*liability*) Anda:

Perkiraan (Estimasi)	Mata Uang	Nominal
Total Aset		
Total Kewajiban		

Jika dipandang perlu, PT Asuransi Jiwa BCA (selanjutnya disebut "Penanggung") akan meminta daftar rincian aset pribadi Anda maupun aset usaha Anda sesuai dengan harga pasar beserta salinan sertifikat valuasi (bila ada)

3. Sebutkan banyaknya tanggungan Anda termasuk usianya:

No	Nama Lengkap	Tanggal Lahir

**DILENGKAPI UNTUK (CALON) TERTANGGUNG  
WIRASWASTA ATAU PARTNERSHIP**

1. Nama Perusahaan:

2. Jenis Perusahaan:  Perseroan Terbatas  Yayasan  
 Lainnya, sebutkan .....

3. Status kepemilikan usaha Anda:  Milik sendiri  Milik bersama dengan Partner Anda  
 Milik keluarga  Lainnya, sebutkan .....

4. Apakah Anda mempunyai partner usaha?  Ya  Tidak  
Jika "Ya", mohon sebutkan jumlah partner Anda  Orang

5. Sebutkan persentase modal usaha yang menjadi milik Anda:  %

6. Berikan rincian *turnover*, keuntungan kotor dan keuntungan bersih sebelum pajak dalam 3 (tiga) tahun terakhir, dan proyeksi anggaran untuk tahun anggaran depan:

Tahun	Turnover	Laba Kotor	Laba Bersih Sebelum Pajak

Penanggung akan meminta Laporan Keuangan Perusahaan Anda 2 (dua) tahun terakhir (yang sudah diaudit) dan Surat Pemberitahuan Pajak Tahunan (SPT) jika diperlukan atau apabila terjadi kerugian kotor maupun bersih dalam 3 tahun terakhir. Penyebab kerugian tersebut agar di jelaskan pada kolom di bawah ini:

### III. DILENGKAPI UNTUK (CALON) TERTANGGUNG DENGAN PENGHASILAN TIDAK TETAP

**Keterangan:**

- Kolom Ayah/Ibu : Dilengkapi untuk (Calon) Tertanggung anak/(Calon) Tertanggung yang belum menikah dan tidak bekerja.
- Kolom Suami/Istri : Dilengkapi untuk (Calon) Tertanggung ibu rumah tangga atau tidak bekerja.
- Kolom Pihak Ketiga : Dilengkapi untuk pembayar Premi selain Suami/Ayah/Ibu.

**1. Informasi Orang Tua, Suami/Istri Anda dan Pihak Ketiga:**

Keterangan	Pekerjaan	Penghasilan pertahun	Sumber pendapatan
Ayah/Suami			
Ibu/Istri			
Pihak Ketiga			

**2. Apakah Orang Tua, Suami/Istri Anda dan Pihak Ketiga telah memiliki/sedang mengajukan pertanggungan Asuransi Jiwa/kecelakaan/kesehatan/lainnya?**

Ya  Tidak Jika "Ya", mohon melengkapi kolom di bawah ini, jika ada Polis yang dimiliki/sedang diajukan.

Keterangan	Nama Perusahaan	Nomor Polis	Jenis Manfaat	Uang Pertanggungan
Ayah/Suami	1.	1.	1.	1.
	2.	2.	2.	2.
	3.	3.	3.	3.
Ibu/Istri	1.	1.	1.	1.
	2.	2.	2.	2.
	3.	3.	3.	3.
Pihak Ketiga	1.	1.	1.	1.
	2.	2.	2.	2.
	3.	3.	3.	3.

**3. Khusus untuk (Calon) Tertanggung Anak**

a. Apakah (Calon) Tertanggung memiliki saudara kandung?  Ya  Tidak

Jika "Ya", sebutkan jumlah saudara kandung yang dimiliki:  Orang

b. Apakah saudara kandung telah memiliki/sedang mengajukan pertanggungan Asuransi Jiwa/kecelakaan/kesehatan/lainnya?

Ya  Tidak Jika "Ya", mohon melengkapi kolom di bawah ini, jika ada Polis yang dimiliki/sedang diajukan.

Keterangan	Nama Perusahaan	Nomor Polis	Jenis Manfaat	Uang Pertanggungan
Saudara 1	1.	1.	1.	1.
	2.	2.	2.	2.
	3.	3.	3.	3.
Saudara 2	1.	1.	1.	1.
	2.	2.	2.	2.
	3.	3.	3.	3.

Saudara 3	1.	1.	1.	1.
	2.	2.	2.	2.
	3.	3.	3.	3.

c. Bila saudara kandung tidak diasuransikan, mohon diberikan alasan beserta penjelasannya:

Apabila diperlukan dapat mempergunakan lembar terpisah pada kertas HVS A4 yang diisi dan ditandatangani oleh (Calon) Pemegang Polis, (Calon) Tertanggung dan Tenaga Penjual.

**PERNYATAAN DAN KUASA**

1. Saya/Kami menyatakan bahwa Saya/Kami telah memahami dan menyetujui untuk mengisi secara lengkap dan benar semua informasi dalam formulir ini sesuai dengan keadaan sebenarnya sebagai bagian dari kontrak asuransi Jiwa/Kesehatan/Kecelakaan.
2. Apabila informasi tersebut yang Saya/Kami berikan tidak benar, maka Penanggung berhak membatalkan Polis Saya/Kami sejak awal.

Ditandatangani di: \_\_\_\_\_ Tanggal:   /   /

( \_\_\_\_\_ )

Nama Lengkap &  
Tanda tangan (Calon) Pemegang Polis

( \_\_\_\_\_ )

Nama Lengkap &  
Tanda tangan (Calon) Tertanggung

( \_\_\_\_\_ )

Nama Lengkap &  
Tanda tangan Tenaga Penjual