



DATA PRIBADI CALON PESERTA	DATA PINJAMAN & UANG PERTANGGUNGAN
<p>Nama Peserta : I Made Tunas            No.KTP/SIM/Passport: 5102033112570039            Jenis Kelamin : Pria            Tempat/Tgl.Lahir : Kelating, 31/12/57            Status Perkawinan : Kawin            Alamat : Br. Dinas Selabih Pangkung Kuning, Desa Selabih, Kec. Selemadeg Barat, Kab. Tabanan            No. Telp/Hp : -/            Alamat Email : -            Pekerjaan : Lain-Lain            Bidang Usaha/Uraian : Kerja</p>	<p>Pinjaman No : 01.3536            Mulai Pertanggungan : 22/12/2016 s/d 22/12/2018            Jangka Waktu : 24 Bulan Rate: 7.61            Uang Pertanggungan : Rp. 70.500.000,00            Premi : Rp. 536.505,00</p> <p>Apakah Calon Peserta mempunyai asuransi jiwa di WanaArtha ?  <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak            Bila Ya, sebutkan  <input type="text"/> No. Polis <input type="text"/> Uang Pertanggungan</p>

DATA KESEHATAN CALON PESERTA				
Tinggi Badan ___ cm Berat Badan ___ Kg				
Apakah ada perubahan berat badan lebih dari 3 kg dalam 12 bulan terakhir ? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak				
Bila "Ya" <input type="checkbox"/> Bertambah ___ Kg <input type="checkbox"/> Berkurang ___ Kg				
Jelaskan alasan/penyebabnya :				
NO	KETERANGAN	YA	TIDAK	JIKA " YA ", BERIKAN PENJELASAN PADA KOLOM INI
1	Apakah Anda merokok selama 12 bulan terakhir ?	___	___	___ Batang/Hari
2	Apakah anda pernah atau sedang menderita atau mendapatkan perawatan untuk penyakit : kanker, tumor, jantung dan pembuluh darah, darah, tekanan darah tinggi, stroke atau gangguan fungsi otak, ginjal dan saluran kencing, kencing manis, penyakit hati ter masuk hepatitis, saluran pencernaan, Paruparu, TBC atau saluran pernafasan lainnya, sistem saraf, sistem otot tulang dan sendi, infeksi HIV/AIDS, kelenjar gondok, epilepsi, terluka parah, infeksi, atau menyandang cacat fisik atau gangguan kesehatan jiwa atau keterbelakangan mental, kelainan bawaan, gangguan pendengaran atau penglihatan atau penyakit lain yang tidak disebutkan di atas ?	___	___	
3	Apakah anda mempunyai kebiasaan atau pernah menggunakan narkotik atau obat-obatan atau alkohol, atau pernah dirawat/mendapat nasehat Dokter karena hal tersebut atau mempunyai hobi atau kebiasaan berbahaya seperti mendaki gunung, terjun payung, arung jeram, balap motor, dll?	___	___	
4	Pernahkah permintaan asuransi anda ditolak atau ditangguhkan atau dikenakan ekstra premi atau dikenakan persyaratan khusus?	___	___	
5	Hanya diisi oleh Calon Tertanggung wanita a. Apakah anda saat ini sedang hamil ?	___	___	Usia Kehamilan ___ Bulan
	b. Bagaimana kondisi kehamilan Anda saat ini ?			

PERNYATAAN CALON PESERTA
<p>1. Saya menyatakan bahwa saat ini saya dalam kondisi sehat dan tidak dalam perawatan dokter/ahli kesehatan/Rumah Sakit</p> <p>2. Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan memahami semua pertanyaan dan mengisi kolom isian dengan benar</p> <p>3. Saya menyadari bahwa keterangan ini dan atau setiap pemeriksaan kesehatan serta formulir tambahan yang diperlukan berikut perubahannya (jika ada) merupakan dasar dari penerbitan pertanggungan dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan daripadanya</p> <p>4. Saya memberikan kuasa kepada Setiap Dokter/Rumah Sakit/Klinik/Puskesmas/Laboratorium, perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi, badan, instansi/lembaga atau pihak lain untuk memberikan catatan riwayat kesehatan saya. Kuasa ini merupakan hal yang tidak terpisahkan dari Surat Pengajuan Kepesertaan ini dan mengikat saya, ahli waris dan keluarga saya..</p> <p>5. Saya mengerti dan menyetujui bahwa Penanggung tidak akan membayarkan manfaat asuransi apabila terbukti dikemudian hari bahwa pernyataan dan keterangan yang saya berikan tidak sesuai dengan kondisi sebenarnya</p>

Ditandatangani di \_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ \*tanggal bulan tahun

Tanda tangan Pemegang Polis & Stempel Perusahaan

Tanda tangan & Nama Lengkap Calon Peserta