

SURAT PENGAJUAN ASURANSI JIWA KREDIT

PENTING
Anda wajib mengisi dengan benar dan lengkap semua pertanyaan di bawah ini berikut pertanyaan dalam setiap pemeriksaan kesehatan serta formulir tambahan yang diperlukan atau perubahannya, sesuai dengan keadaan sebenarnya dengan menggunakan huruf besar dan tinta hitam. Anda wajib menandatangani setiap koreksi penulisan/pengisian dalam bentuk coretan.

A. DATA CALON TERTANGGUNG

Nama (sesuai identitas) : I MADE SENGUR
 No. KTP/SIM/Paspor : 510407121590002
 Pekerjaan : Pejabat Negara TNI-POLRI Karyawan Swasta Wirausaha Profesional
 Uraian Pekerjaan : DAVEIL
 Alamat sesuai identitas : DR. BEGAWAN, DESA MELINGGIH KELOD, KEC. PATANGAN
 Kota/Kabupaten : GIANYAR
 No. Telepon : Kantor : _____ Rumah : _____ Propinsi : BALI Kode Pos : 80572
 Penghasilan Kotor/Tahun : 120 000 000 HP : 08127622679 Email : _____

B. DATA USULAN ASURANSI (wajib diisi oleh Pemegang Polis)

Jenis Asuransi : Kredit Pemilikan Rumah Kredit Tanpa Anggungan Kredit Kendaraan Kredit Karyawan
 Kredit Multiguna :
 Uang Pertanggungan : Rp 22 000 000 Lainnya, sebutkan : _____
 Tarif Premi Standar : 24.14 Premi Standar : Rp 531080 Menurun Tetap Lainnya : _____
 Awal Asuransi (tgl/bln/thn) : 10-1-18 s/d 10-1-20 Tenor : 24 bulan
 Nama Pemegang Polis (Perusahaan/Bank) : BPR KITA Cabang : DALUNG

C. PERNYATAAN KESEHATAN CALON TERTANGGUNG (beri tanda X)

Tinggi Badan Tertanggung : 170 cm
 Berat Badan Tertanggung : 69 kg

1. Apakah dalam 5 tahun terakhir Anda pernah mendapatkan atau menjalani pemeriksaan kesehatan seperti sinar X, USG, CT scan, EKG, pemeriksaan darah, dan melakukan konsultasi medis/perawatan/operasi untuk penyakit: jantung, pembuluh darah, stroke, tekanan darah tinggi, otak, syaraf, epilepsi, TBC, hati/hepatitis, kencing manis, ginjal, kanker, tumor, saluran pemapasan, kelainan darah, HIV dan/atau penyakit lain?
 Tertanggung : YA TIDAK

Bila ada jawaban "YA" pada pertanyaan diatas harap jelaskan dengan lengkap pada kolom berikut:

NAMA PENYAKIT	MENDERITA	LAMA SAKIT	NAMA & ALAMAT	KONDISI SAAT INI
	Bulan : Tahun :			

Apabila kolom-kolom yang tersedia di atas tidak cukup, Anda dapat memberikan jawaban pada kertas terpisah dan wajib membubuhkan tanda tangan serta melampirkannya pada SPAJK ini.

2. Apakah pengajuan Asuransi Jiwa, kecelakaan, kesehatan, pemulihan Polis Anda pernah ditolak/ditangguhkan/dikenakan tambahan premi atau diubah dalam bentuk apapun oleh perusahaan Asuransi Jiwa?
 YA TIDAK

3. Hanya diisi oleh Calon Tertanggung Wanita
 a. Apakah Anda sedang hamil? Usia kehamilan : _____ Minggu
 YA TIDAK
 b. Adakah komplikasi pada kehamilan saat ini? Bila ya, jelaskan _____

D. PERNYATAAN DAN KUASA

- Saya menyatakan bahwa Saya telah membaca, mengerti, menjawab dan mengisi dengan benar semua pertanyaan dan keterangan yang tercantum dalam Surat Pengajuan Asuransi Jiwa Kredit ini, termasuk pernyataan dan jawaban dalam setiap pertanyaan kesehatan, formulir tambahan yang diperlukan dan/atau perubahannya, serta pernyataan dan jawaban di atas tidak benar, maka Penanggung berhak menambahkan dan/atau perubahannya adalah lengkap dan sesuai dengan keadaan sebenarnya. Saya menyetujui bahwa apabila pernyataan dan jawaban di atas tidak benar, maka Penanggung berhak membatalkan Polis sejak awal, sesuai dengan ketentuan dalam Polis.
- Saya menyatakan dengan sebenarnya bahwa semua pernyataan dan jawaban di atas termasuk pernyataan dan jawaban dalam setiap pertanyaan kesehatan, formulir tambahan yang diperlukan dan/atau perubahannya adalah lengkap dan sesuai dengan keadaan sebenarnya. Saya menyetujui bahwa apabila pernyataan dan jawaban di atas tidak benar, maka Penanggung berhak membatalkan Polis sejak awal, sesuai dengan ketentuan dalam Polis.
- Saya dengan ini memberikan kuasa kepada setiap Tenaga Medis/Rumah Sakit/Klinik/Puskesmas dan/atau Laboratorium, perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi, badan, instansi/lembaga atau pihak lain yang mempunyai catatan riwayat kesehatan Saya, untuk mengungkapkan kepada Penanggung semua catatan riwayat kesehatan Saya yang tidak dapat ditarik kembali atau dibatalkan berhubungan dengan riwayat kesehatan, penyakit atau perawatan Saya untuk diberikan kepada Penanggung. Salinan/fotokopi dari kuasa ini sama sah dan berlakunya sesuai dokumen aslinya.
- Saya dengan ini mengizinkan Penanggung untuk menggunakan dan/atau memberikan informasi dan/atau keterangan mengenai Saya sehubungan dengan Polis Saya berdasarkan SPAJK ini termasuk namun tidak terbatas pada informasi dan/atau keterangan mengenai Saya yang tersedia, diperoleh atau disimpan oleh Penanggung (sesuai yang tercantum dalam Surat Pengajuan Asuransi Jiwa Kredit ini atau sarana lain), kepada pihak-pihak lain (termasuk tetapi tidak terbatas pada perusahaan reasuransi, asuransi, lembaga, bank atau badan hukum lain baik di dalam maupun di luar negeri) yang memiliki hubungan kerjasama dengan Penanggung dalam rangka pengajuan Surat Pengajuan Asuransi Jiwa Kredit ini, pembayaran klaim, pelayanan nasabah, maupun penawaran produk lain kepada Saya. Saya juga mengerti bahwa Saya berhak untuk melakukan koreksi atau penambahan atas informasi dan keterangan mengenai Saya tersebut dengan menghubungi kantor Penanggung.

Disetujui oleh Pemegang Polis/Kreditur

 Tanda tangan, nama lengkap dan cap Perusahaan (Pemegang Polis)


Tanggal 10/01/2018
 Calon Tertanggung/Debitur

 Tanda tangan dan nama lengkap sesuai dengan identitas yang dilampirkan