

Harap diisi dengan huruf cetak dan lengkap

No. A

### A. DATA CALON TERTANGGUNG

1. Nama Lengkap :   Pria  Wanita

2. Tanggal Lahir (tgl/bln/thn) : / /  Usia  Tahun Agama

3. No. KTP/SIM/Paspor :   WNI  WNA

4. Status Perkawinan :  Belum kawin  Kawin  Duda  Janda  Lain-lain \_\_\_\_\_

5. Alamat Rumah :   
(sesuai kartu identitas)   
 Rt  Rw  Kode Pos   
Telp. - Hp.

### B. DATA PERTANGGUNGAN

Asuransi Jiwa Kredit	Masa Kontrak	Masa Pembayaran	Tingkat Bunga	Uang Pertanggungan	Premi Yang Dibayar
Jenis Kredit*	: .....			Extra Premi .....	
No. Polis**	: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>			Total Pembayaran Premi	
Mulai berlaku	: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>			Cara bayar premi	<input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Sekaligus

### C. TERMASLAHAT (AHLI WARIS)

Yang menerima manfaat	Hubungan dengan calon Tertanggung
1. ....	.....
2. ....	.....

### D. DATA KESEHATAN CALON TERTANGGUNG

1. Berat Badan  kg Tinggi Badan  cm

2. Apakah fisik dan mental Anda dalam keadaan sehat ? \_\_\_\_ Jika tidak, jelaskan mengapa ? \_\_\_\_\_

Beri tanda  pada pilihan jawaban

3. Apakah Anda pernah atau sedang menderita penyakit :
- Kanker, TBC/paru-paru, Sesak nafas, Asthma, Lumpuh, Syaraf, Gangguan mental, Epilepsi
  - Darah rendah/tinggi, Jantung, Stroke, Kencing manis (DM), Hyperkolesterol
  - Hati, Kuning, Kelainan darah (Anemia, Leukimia), Kencing batu, Ginjal, Prostat
  - Penyakit lain yang tidak tersebut diatas
4. Apakah Anda pernah dirawat di rumah sakit dalam jangka waktu 5 (lima) tahun terakhir ?
5. Apakah Anda mempunyai cacat tubuh ?
6. Untuk wanita. Apakah anda ? a). Sekarang sedang hamil ? (.....Bulan)
- b). Pernah atau sedang menderita sekitar payudara atau penyakit kandungan ?
- Bila "Ya" harap jelaskan secara terperinci

Ya	Tidak
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### E. PERNYATAAN DAN SURAT KUASA

1. Saya menyatakan bahwa saya telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut diatas (keterangan pribadi calon tertanggung) dengan lengkap dan benar, serta saya mengerti bahwa seluruh ketentuan-ketentuan dan peraturan-peraturan akan mengikuti Polis Asuransi Jiwa Kredit.

2. Saya memberi kuasa yang tidak dapat ditarik kembali atau berakhir karena terjadinya resiko meninggal dunia pada diri saya atau hal-hal yang ditetapkan dalam pasal 1813 Kitab Undang Undang Hukum Perdata Republik Indonesia, kepada setiap Dokter yang mempunyai ijin praktek, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas dan fasilitas medis lainnya, pihak-pihak yang mempunyai informasi atau catatan mengenai keterangan medis/kesehatan diri saya atau calon tertanggung untuk memberitahukan secara tertulis kepada **PT Equity Life Indonesia** atau mereka yang diberi kuasa olehnya.

Photocopy dari pernyataan dan surat kuasa ini mempunyai kekuatan yang sama seperti aslinya

Ditandatangani di : ..... Tanggal : .....

Menyatakan dan memberi kuasa :

A  
B  
C  
D  
E  
F  
G  
H  
I  
J  
K  
L  
M  
N  
O  
P  
Q  
R  
S  
T  
U  
V  
W  
X  
Y  
Z

Tanda tangan dan nama jelas  
Calon Tertanggung

Tanda tangan dan Cap Perusahaan  
Calon Pemegang Polis

\*) Pilih salah satu: Menurun/Tetap/Joint Life/Lainnya

\*\*) Wajib diisi oleh rekanan Bancassurance PT Equity Life Indonesia

