

PROVINSI BALI
KABUPATEN BADUNG

NIK : 5103062107650005

Nama : EKO SUDIRMAN
Tempat/Tgl Lahir : DENPASAR, 21-07-1965
Jenis Kelamin : LAKI-LAKI Gol. Darah : O
Alamat : PERUM GARUDA KENCANA I
NO.3 BR. KUNG
RT/RW : / -
Kel/Desa : DALUNG
Kecamatan : KUTA UTARA
Agama : ISLAM
Status Perkawinan : KAWIN
Pekerjaan : KARYAWAN BUMN
Kewarganegaraan : WNI
Berlaku Hingga : 21-07-2017



BADUNG
30-06-2012

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Eko Sudirman', written over the printed name and date.

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) : EKO SUPIRMAN Pria Wanita
 No. KTP/SIM/Paspor : 5103062107650005 Tempat & Tanggal Lahir : DENPASAR, 21/7/1965
 Pekerjaan : Pejabat Negara TNI-POLRI Karyawan Swasta Wirausaha Profesional
 Lainnya, sebutkan KARYAWAN BUMM
 Uraian Pekerjaan : GARUDA
 Alamat sesuai identitas : PERUM GARUDA KENCANA I NO.3 BR KUNG, DALUNG, KOTA UTARA
 Kota/Kabupaten : BADUNG Propinsi : BALI Kode Pos : 80361
 No. Telepon : Kantor : _____ Rumah : _____ HP : 087861138242
 Penghasilan Kotor/Tahun : 96.000.000 Email : _____

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

Jenis Asuransi : Kredit Pemilikan Rumah Kredit Tanpa Anggunan Kredit Kendaraan Kredit Karyawan
 Kredit Multiguna : Lainnya, sebutkan _____
 Uang Pertanggungan : Rp 30.000.000 Menurun Tetap Lainnya _____
 Tarif Premi Standar : 2,72 Premi Standar : Rp 81600
 Awal Asuransi (tg/bln/thn) : 09-01-18 s/d 09-01-20 Tenor : 24 bulan
 Nama Pemegang Polis (Perusahaan/Bank) : BPR KITA Cabang : DALUNG

C. PERNYATAAN KESEHATAN CALON TERTANGGUNG (berl. tanda X)

Tinggi Badan Tertanggung : 171 cm
 Berat Badan Tertanggung : 68 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 pernapasan, kelainan darah, HIV dan/atau penyakit lain?
 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
 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 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 atau memberikan informasi atau keterangan mengenai Saya sehubungan dengan Polis Saya berdasarkan SPAJK ini termasuk namun tidak terbatas pada informasi dan/atau keterangan mengenai Premi dan Uang Pertanggungan kepada Bank.
- Saya dengan ini mengizinkan Penanggung untuk menggunakan atau memberikan informasi 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 dan 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 dan nama lengkap sesuai dengan identitas yang dilampirkan

Tanggal : 09/01/2018
 Calon Tertanggung/Debitur

 Tanda tangan dan nama lengkap sesuai dengan identitas yang dilampirkan

Asuransi ini mulai berlaku apabila Surat Pengajuan Asuransi Jiwa Kredit telah disetujui dan Premi telah diterima oleh PT. LIPPO LIFE ASSURANCE

Lembar Putih : PT. LIPPO LIFE ASSURANCE, Lembar Kuning : Nasabah, Lembar Merah : Pemegang Polis