

PROVINSI BALI
KABUPATEN GIANYAR

NIK : 5104071211590002

Nama : IMADE SENGUR
Tempat/Tgl Lahir : GIANYAR - 12-11-1969
Jenis Kelamin : LAKI-LAKI Gol. Darah :
Alamat : BR. BEGAWAN
RT/RW :
Kec. Desa : MELINGGIH KELOD
Kecamatan : PAYANGAN
Agama : HINDU
Status Perkawinan : KAWIN
Pekerjaan : KARYAWAN SWASTA
Kewarganegaraan : WNI
Berlaku Hingga : 12-11-2017



GIANYAR
08-07-2012
[Signature]



Kode Marketing : _____
No. SPAJK : _____

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 SENGUJR

No. KTP/SIM/Paspor : 510407121590002

Pekerjaan : Pria Wanita
 Pejabat Negara TNI-POLRI Karyawan Swasta
 Lainnya, sebutkan : _____ Wirausaha Profesional

Uraian Pekerjaan : DRIVER

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 : Lainnya, sebutkan : _____

Uang Pertanggungan : Rp 22 000 000

Tarif Premi Standar : 24,14 Premi Standar : Rp 531080

Awal Asuransi (tgl/bln/thn) : 10-1-18 s/d 10-1-19 Menurun Tetap Lainnya

Nama Pemegang Polis (Perusahaan/Bank) : BPR KITA Tenor : 24 bulan

Cabang : DALUNG

C. PERNYATAAN KESEHATAN CALON TERTANGGUNG (berl 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?
 Bila ada jawaban "YA" pada pertanyaan diatas harap jelaskan dengan lengkap pada kolom berikut:

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

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?
 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 _____

Tertanggung
 YA TIDAK

D. PERNYATAAN DAN KUASA

1. 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 membatalkan Polis sejak awal, sesuai dengan ketentuan dalam Polis.

2. 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 jawabannya tidak benar, maka Penanggung berhak membatalkan Polis sejak awal, sesuai dengan ketentuan dalam Polis.

3. 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.

4. 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 Premi dan Uang Pertanggungan kepada Bank.

5. 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 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

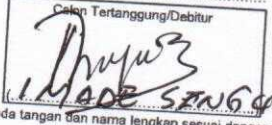


Tanda tangan, nama lengkap dan cap Perusahaan (Pemegang Polis)



Tanggal : 10/01/2018

Calon Tertanggung/Debitur



Tanda tangan dan nama lengkap sesuai dengan identitas yang dilampirkan

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

Lembur Polis : PT. LIPPO LIFE ASSURANCE, Lembur Klaim - Nasabah, Lembur Mutasi - Pemegang Polis