

PROVINSI BALI
KABUPATEN BADUNG

NIK : 5103037112660395

Nama	INI PUTU SUARTINI
Tanggal/Tgl Lahir	BADUNG, 31-12-1966
jenis kelamin	PEREMPUAN
Agama	Got. Daerah 8 DR. UMAHANYAR MAMBAL
RT/RW	090/000
Kel/Desa	MAMBAL
Kecamatan	ADIANSEMAL
Agama	HINDU
Status Perkawinan	KAWIN
Pekerjaan	PEGAWAI NEGERI SIPIL (PNS)
Kewarganegaraan	WNI
Validasi Hingga	SEUMUR HIDUP





We Love You!

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) : NI PURU SWARTINI Pria Wanita

No. KTP/SIM/Paspor : 5103037112660395 Tempat & Tanggal Lahir : BADUNG, 31-12-1966

Pekerjaan : Pejabat Negara TNI-POLRI Karyawan Swasta Wirausaha Profesional

Lainnya, sebutkan : PNS

Uraian Pekerjaan : PEGAWAI NEGERI SIPIL

Alamat sesuai identitas : PR. UMAHANAP MAHIBAL

Kota/Kabupaten : BADUNG Propinsi : BALI Kode Pos : -

No. Telepon : Kantor : - Rumah : - HP : 081337324865 Email : -

Penghasilan Kotor/Tahun : 76 000 000

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 50 000 000 Menurun Tetap Lainnya : _____

Tarif Premi Standar : 436 Premi Standar : Rp 68 000

Awal Asuransi (tgl/bln/thn) : 5-01-18 s.d. 05-01-19 Tenor : 12 bulan

Nama Pemegang Polis (Perusahaan/Bank) : BPR KITA Cabang : DALUNG

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

Tinggi Badan Tertanggung : 165 cm

Berat Badan Tertanggung : 75 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?

Tertanggung	
YA	TIDAK
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

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 :			

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 _____

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 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 bertakunya 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 sehubungan dengan Polis Saya.
- Saya dengan ini mengizinkan Penanggung untuk menggunakan atau memberikan informasi atau keterangan mengenai Saya yang tersedia, diperoleh atau disimpan 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.

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

Tanggal 05-1-2018

Calon Tertanggung/Debitur

Tanda tangan dan nama lengkap sesuai dengan identitas yang ditampilkan

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