



No. :

Bank : JASA JAKARTA

Cabang : \_\_\_\_\_

### DATA CALON PESERTA

1. Nama Peserta : \_\_\_\_\_ Jenis Kelamin : \_\_\_\_\_

2. Tempat & Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_ Tanggal : \_\_\_\_\_

3. No. Pengajuan : \_\_\_\_\_ Status : \_\_\_\_\_

4. Bidang Usaha / Jabatan : \_\_\_\_\_ 5. Nama Perusahaan : \_\_\_\_\_

6. Alamat Kantor : \_\_\_\_\_

Kota : \_\_\_\_\_ Kode Pos : \_\_\_\_\_

7. Alamat Rumah : \_\_\_\_\_

Kota : \_\_\_\_\_ Kode Pos : \_\_\_\_\_

8. Nomor Telepon : K : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ R : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ HP : \_\_\_\_\_

### DATA PERTANGGUNGAN

	Jenis Asuransi	Masa Pertanggungan	Tanggal Mulai Pertanggungan	Uang Pertanggungan	Premi Standar
Pokok	JANGKA WARSA MENURUN BULANAN	___ tahun ___ bulan	_____	Rp. _____	Rp. _____

### DATA KESEHATAN

PERTANYAAN KESEHATAN	YA/TIDAK	Bila jawaban adalah Ya, harap jelaskan dalam kolom ini
1. Selama 5 (lima) tahun terakhir pernah sakit dan berobat ke dokter / dirawat di rumah sakit?	_____	Sakit tahun _____
2. Pernah kecelakaan dan luka berat?	_____	Nama dan alamat Dokter / Rumah Sakit : _____
3. Pernah atau sedang menderita tumor/kanker, ginjal, jantung, liver, diabetes mellitus (kencing manis), hipertensi atau penyakit lainnya ?	_____	
4. Keadaan kesehatan sekarang : _____		5. Tinggi dan Berat Badan : _____ cm, _____ kg
6. Hal-hal lain mengenai kesehatan yang masih perlu dikemukakan : _____		

Demikian keterangan di atas telah saya berikan dengan lengkap dan benar. Saya memahami apabila keterangan tersebut tidak benar, maka pertanggungan menjadi batal dan PT. Panin Life dibebaskan dari segala kewajiban membayar Uang Pertanggungan atau bagian dari itu.

Saya mengetahui dan menyetujui bahwa jawaban-jawaban yang saya berikan merupakan dasar pembuatan serta berlakunya pertanggungan dan surat pengajuan ini merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari sertifikat.

Saya menyadari bahwa pertanggungan jiwa yang diajukan ini baru mulai berlaku pada tanggal penandatanganan persetujuan kredit dari Bank dan sebelum tanggal tersebut saya mempunyai kewajiban untuk memberitahukan kepada PT. Panin Life. Setiap ada perubahan yang menyangkut kesehatan saya, baik berupa penyakit atau cacat yang timbul/diderita setelah pengisian surat pengajuan ini dan/atau pemeriksaan medis, bila ada.

Dengan menandatangani surat pengajuan ini saya memberi kuasa kepada Dokter yang pernah mengobati/merawat maupun kepada Dokter yang memeriksa saya terakhir untuk memberikan keterangan-keterangan tentang riwayat sakit atau keterangan-keterangan lain sehubungan dengan klaim kepada PT. Panin Life.

Premi diatas merupakan premi standar perbulan dengan asumsi risiko standar. Premi dapat berubah apabila terdapat perubahan data, atau dikenakan tambahan premi berdasarkan hasil seleksi risiko yang dilakukan PT. Panin Life

Ditandatangani di : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (tempat dan tanggal)

Petugas Bank	Calon Peserta
_____	_____
Tanda Tangan & Nama Jelas	Tanda Tangan & Nama Jelas

### Perhitungan Pengembalian Premi Pertanggungan Pokok

Dalam hal terjadi pelunasan sebelum Akhir Masa Pertanggungan, maka besarnya premi yang akan dikembalikan PT. Panin Life adalah sesuai perhitungan berikut :

$$\left\{ \frac{(n - t)}{n} \right\}^2 \times 65\% \times \text{Premi Sekaligus}$$

n = Masa Pertanggungan (dalam bulan)  
t = Masa yang telah dijalani sampai dengan pembatalan diterima Panin Life (dalam bulan)

SPAK ini berlaku sampai dengan 31 Desember 2013

MOHON SURAT KEPUTUSAN DIKIRIM KE EMAIL : \_\_\_\_\_