

SURAT PERMINTAAN ASURANSI JIWA KREDIT

Untuk Perhatian : **BAGIAN MARKETING**

WAJIB DIISI LENGKAP

I. DATA PRIBADI CALON TERTANGGUNG (Lampirkan fotokopi KTP/ Identitas diri yang berlaku)

Nama (Sesuai KTP / identitas diri) : _____ Jenis Kelamin : Pria Wanita
 N.I.K (Nomor Induk Kependudukan) : _____
 Tempat Lahir : _____ Tanggal Lahir : ____/____/____ Usia : _____ tahun
tgl bln thn
 Alamat (Sesuai KTP / identitas diri) : _____
 Kota : _____ Kode Pos : _____
 Telp. : _____ Fax : _____
 Alamat Korespondensi : _____
 Kota : _____ Kode Pos : _____
 Telp. : _____ Fax : _____
 Email : _____
 Pekerjaan : _____
 Informasi Rekening : Nama Bank : _____ Cabang Bank : _____
 No. Rekening : _____ Nama Pemilik Rekening : _____
 Penghasilan / tahun : < Rp. 100 Juta > Rp. 100 Juta - 500 Juta Rp. > 500 Juta - 1 Milyar Rp > 1 Milyar
 Sumber Pendanaan : Tabungan Penghasilan Pinjaman Lain-lain, Sebutkan _____
 Tujuan pengajuan menjadi Peserta Asuransi Jiwa Kredit : _____
 Uang pertanggungan : Rp. _____
 Premi Sekaligus : Rp. _____ Tingkat Bunga / tahun : _____ %
 Mulai Pertanggungan : ____/____/____ s/d ____/____/____ Lama Pertanggungan : _____ tahun
tgl bln thn tgl bln thn
 Nama Penerima Manfaat Asuransi : _____ Hubungan dengan Tertanggung : Kreditur
 Polis asuransi jiwa lain yang dimiliki :

No. Polis / Jenis Asuransi	Jumlah Uang Pertanggungan	Nama Perusahaan Asuransi

II. PERNYATAAN KESEHATAN (Wajib diisi lengkap oleh Calon Tertanggung)

1. Berapakah berat badan dan tinggi badan Anda sekarang ? _____ kg / _____ cm

2. Apakah Anda sedang dalam perawatan dokter karena suatu penyakit ? Tidak Ya, _____
 Jika Ya, sebutkan penyakit yang diderita dan sejak kapan.

3. Apakah Anda pernah dirawat di Rumah Sakit / dioperasi dalam 5 (lima) tahun terakhir ini ? Tidak Ya, _____
 Jika Ya, kapan dan sebutkan penyakit yang diderita atau operasi yang dilakukan.

4. Apakah Anda pernah menderita penyakit kanker, TBC, kencing manis, hati, ginjal, jantung, ayatan, gangguan jiwa, tekanan darah tinggi atau penyakit lainnya? Tidak Ya, _____
 Jika Ya, sebutkan penyakitnya, dan kapan?

Apabila dari hasil pemeriksaan kesehatan saya ditemukan kondisi kesehatan di luar kondisi standar akan tetapi masih dapat diterima dalam pertanggungan ini dengan tambahan Extra Premi, jika saya menyetujui maka saya bersedia membayar Extra Premi tersebut.

PERNYATAAN DAN SURAT KUASA

Calon Pemegang Polis dan/atau Calon Tertanggung yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan setuju bahwa :

- Semua pernyataan, keterangan dan jawaban yang dinyatakan dalam Surat Permintaan Asuransi ini serta pemeriksaan kesehatan telah diberikan sesuai dengan apa yang diketahui secara lengkap dan benar oleh Calon Pemegang Polis dan/atau Calon Tertanggung, dan akan menjadi dasar dan bagian dari kontrak Polis yang akan diterbitkan.
- Apabila ada jawaban yang bertentangan dengan keadaan sebenarnya atau hal-hal yang diketahui oleh Calon Pemegang Polis dan/atau Calon Tertanggung akan tetapi tidak dikemukakan (disembunyikan), termasuk namun tidak terbatas pada disembunyikannya riwayat kesehatan atau penyakit, maka Polis yang diterbitkan berdasarkan Surat Permintaan Asuransi ini menjadi batal walaupun sebelum penutupan polis ini terhadap Pemegang Polis dan/atau Calon Tertanggung telah dilakukan pemeriksaan kesehatan.
- Pembayaran premi tidak dilakukan secara tunai atau dengan Cek Tunai / Bilyet Giro, tetapi ditransfer langsung ke rekening Penanggung atas nama PT A.J. Central Asia Raya. Kami bersedia menanggung risiko yang timbul atas kerugian kami apabila pembayaran yang kami lakukan tidak sesuai dengan ketentuan pembayaran premi di atas serta membebaskan PT A.J. Central Asia Raya dari tanggung jawab dan kerugian yang timbul tersebut.
- Pertanggungan hanya akan berlaku apabila premi telah dibayar lunas. Pembayaran premi dilakukan selambat-lambatnya 2 (dua) minggu setelah Pemegang Polis menerima tagihan premi dari Penanggung.

Selanjutnya,
 Calon Pemegang Polis dan/atau Calon Tertanggung memberikan ijin/persetujuan dan/atau kuasa kepada dokter, klinik, rumah sakit, perusahaan asuransi, institusi yang berwenang dan organisasi lainnya ataupun perorangan yang mengetahui mengenai riwayat kesehatan Calon Tertanggung / Tertanggung untuk memberikan keterangan yang diminta/diperlukan oleh PT A.J. Central Asia Raya. Ijin / persetujuan atau kuasa tidak menjadi gugur meskipun Calon Pemegang Polis dan/atau Calon Tertanggung telah meninggal dunia dan setuju untuk mengesampingkan dan melepaskan ketentuan pasal 1813 dan 1814 KUH Perdata tentang berakhirnya pemberian kuasa. Dalam keadaan demikian Calon Pemegang Polis dan / atau Calon Tertanggung mewajibkan kepada ahli waris atau pihak yang berkepentingan dengan Polis ini untuk memberikan kuasa seperti yang dimaksud di atas. Salinan / fotokopi dari kuasa ini sama sahnya dan berlaku seperti dokumen aslinya.

HARAP DIBACA DENGAN TELITI SEBELUM DITANDATANGANI

Disetujui Kreditur / Pemegang Polis,

Calon Tertanggung,

Tanda Tangan & Cap Perusahaan

Tanda Tangan

Nama : _____
 Jabatan : _____
 Tanggal : _____

Nama : _____
 Tanggal : _____