



SURAT PERMINTAAN DAN PERNYATAAN KESEHATAN ASURANSI JIWA KREDIT KOLEKTIF

I. DATA PRIBADI (Lampirkan Foto Copy KTP / SIM / PASPOR)

1. Nama Lengkap :
(sesuai kartu identitas/KTP/SIM)
2. No. KTP/SIM/Paspor : 3. Jenis Kelamin : L P
4. Tempat / Tgl. Lahir : 5. Umur tahun
6. Alamat Koresponden :
(untuk pengiriman Sertifikat) No. Telp.
7. Nama & Alamat Kantor :
(Jelaskan secara rinci) No. Telp.
8. Pekerjaan/Jabatan :
(Jelaskan secara rinci)

II. DATA ASURANSI

1. Masa Asuransi : Tahun Mulai Tanggal s/d
2. Uang Pertanggung :
3. Besar Premi :

III. DATA KESEHATAN

- | | YA | TIDAK |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Apakah Anda pernah mendapat nasihat medis/pemeriksaan dokter atau pengobatan tradisional (sinshe/tabib/akupuntur/dll) dirawat di rumah sakit dalam 2 tahun terakhir ini untuk penyakit yang akut atau yang termasuk di dalam item No.2? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Apakah Anda pernah diberitahu oleh dokter, sedang/pernah menderita penyakit jantung, darah tinggi, stroke atau penyakit serebrovaskular lainnya, gangguan muskuloskeletal, penyakit paru-paru, perut, usus, mata, telinga, hidung, darah, tenggorokan, dan sistem limfatik, kencing manis, kanker/bentuk tumor lainnya, asma, TBC, hati/hepatitis, ginjal, gangguan jiwa/kelainan mental, perawatan operasi, penyakit atau cacat lainnya?
Apabila ada penyakit lain, sebutkan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Apakah Anda atau pasangan hidup (suami/istri) atau pasangan Anda mengetahui bahwa Anda atau pasangan Anda sedang/pernah menderita AIDS atau didiagnosa mempunyai HIV positif? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Apakah Anda menggunakan obat-obatan narkotika/minuman alkohol?
Jika Ya, Jelaskan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Apakah Anda pernah menjalani pemeriksaan darah/EKG/Sinar X/CT Scan/USG/MRI?
Jika salah satu/lebih jawaban Anda adalah "YA" mohon dijelaskan secara terperinci pada Lembar Pernyataan Tambahan dengan dilengkapi tanda tangan, tanggal dan nama jelas. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

IV. DATA TAMBAHAN

- | | YA | TIDAK |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Pernahkah permohonan Asuransi Jiwa Kesehatan, Asuransi Kecelakaan Anda ditolak, ditunda, atau diberikan premi tambahan? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jika "YA" jelaskan | | |

V. PERNYATAAN

- Apabila Calon Tertanggung melakukan pelunasan sisa pinjaman sebelum waktu pinjaman berakhir maka Calon Tertanggung setuju untuk menerima sejumlah Nilai Tunai sesuai dengan perhitungan yang berlaku di PT. Commonwealth Life pada saat pelunasan dilakukan.
- Semua keterangan yang Calon Tertanggung berikan dalam Surat Permintaan dan Pernyataan Kesehatan ini adalah benar dan lengkap. Apabila terdapat keterangan yang tidak sesuai dengan keadaan yang sebenarnya, maka PT. Commonwealth Life berhak untuk membatalkan pertanggungannya dan atau tidak membayarkan manfaat pertanggungannya.
- Saya mengetahui bahwa perhitungan premi yang saya bayarkan sudah termasuk komisi untuk bank untuk produk asuransi ini sebesar 30% (gross).

Kredit disetujui oleh,

.....
Calon Tertanggung

(.....)
Nama/Tanda Tangan & Cap Perusahaan

(.....)
Nama/Tanda Tangan

(Masa berlakunya SPA ini adalah 60 (enam puluh) hari sejak ditandatangani oleh Calon Tertanggung)