

## SURAT PERMINTAAN ASURANSI JIWA KREDIT

No. A/C :

DCIF :

### I. DATA PESERTA

1. Nama Lengkap : \_\_\_\_\_  
(Sesuai KTP/ Identitas Lain)

2. Jenis Kelamin :  Pria  Wanita

3. Tempat/Tgl. Lahir : \_\_\_\_\_ Tgl   Bln   Thn

4. Bukti Identitas :  KTP  Paspor/WNA  
No. Bukti Identitas : \_\_\_\_\_

5. Status :  Menikah  Belum Menikah  Janda / Duda

6. Warga Negara :  Indonesia  Asing, sebutkan \_\_\_\_\_

7. Agama : \_\_\_\_\_

8. Pendidikan :  SD  SMP  SMU  D1-D3  S1  Lainnya \_\_\_\_\_

9. Alamat Rumah : \_\_\_\_\_  
Kode Pos : \_\_\_\_\_  
Telpon : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

10. Alamat Korespondensi : \_\_\_\_\_  
Kode Pos : \_\_\_\_\_  
Telpon : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

11. Pekerjaan : \_\_\_\_\_  
Bagian : \_\_\_\_\_  
Aktifitas yang dilakukan : \_\_\_\_\_  
Nama Perusahaan : \_\_\_\_\_  
Jenis Usaha : \_\_\_\_\_  
Alamat Kantor : \_\_\_\_\_  
Kode Pos : \_\_\_\_\_  
Telpon : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

12. No. Handphone : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

13. Alamat Email : \_\_\_\_\_

14. Sumber Dana Pembelian Asuransi :  
 Gaji  Hasil Usaha  Hasil Investasi  
 Warisan  Lainnya \_\_\_\_\_

15. Penghasilan Per Tahun :  
 < Rp. 10 Juta  > Rp. 100 Juta - Rp. 300 Juta  
 > Rp. 10 Juta - Rp. 50 Juta  > Rp. 300 Juta - Rp. 500 Juta  
 > Rp. 50 Juta - Rp. 100 Juta  > Rp. 500 Juta

16. Sumber Penghasilan :  
 Gaji  Hasil Usaha  Hasil Investasi  
 Warisan  Lainnya \_\_\_\_\_

### II. DATA ASURANSI

1. Jumlah Kredit : \_\_\_\_\_  
 Menurun  Tetap/Flat

2. Jenis Kredit :  KPR  KWU  KPM  Kredit Mikro  
 KTA  Lainnya \_\_\_\_\_

3. Masa Asuransi : \_\_\_\_\_ Tahun dan \_\_\_\_\_ Bulan

4. Periode Asuransi : \_\_\_\_\_ s/d \_\_\_\_\_

5. Cara Pembayaran : Sekaligus

6. Yang berhak menerima Manfaat Asuransi a) Kreditur BANK \_\_\_\_\_ Cabang : \_\_\_\_\_  
b) Yang Ditunjuk \_\_\_\_\_ Hubungan dengan Peserta : \_\_\_\_\_

7. Apakah Anda sudah mempunyai atau sedang mengajukan atau pernah mengajukan Polis Asuransi Jiwa / Kecelakaan/ Kesehatan baik di PT. Asuransi Jiwa Sinarmas MSIG maupun di perusahaan Asuransi lain? (jika "YA" di perusahaan Asuransi mana, apakah dikenakan Ekstra Premi / Ditolak / Ditunda, dan alasannya)  
 Tidak  Ya, Jelaskan : \_\_\_\_\_

### III. DATA KESEHATAN

### JAWABAN

1. a. Berat badan \_\_\_\_\_ Kg Tinggi Badan \_\_\_\_\_ Cm  
b. Apakah berat badan Anda berubah dalam 12 bulan terakhir? Jika "YA", jelaskan berapa kg penurunan/ kenaikan dan penyebabnya!  Ya  Tidak

2. Apakah Anda sedang dalam keadaan sehat? Jika "TIDAK", jelaskan!  Ya  Tidak

3. Apakah Anda sedang atau pernah menderita, atau pernah diberitahu atau dalam konsultasi / perawatan/ pengobatan/ pengawasan medis, salah satu atau beberapa penyakit sebagai berikut : Jantung / Nyeri Dada, Tekanan Darah Tinggi, Stroke, Tumor / Benjolan / Kanker / Kista, TBC / Asthma / Gangguan Pernapasan, Sakit Kuning / Hepatitis, Kencing Manis, Ginjal, Cacat, Kelainan Bawaan, Gangguan Jiwa, Penyakit / Gangguan lainnya? Jika "YA", jelaskan, Nama Penyakit, Kapan, Obat yang diberikan, Nama dan Alamat Dokter, (serta lampirkan fotokopi Hasil Pemeriksaan)!  Ya  Tidak

4. Apakah Anda sedang atau pernah menjalani konsultasi / rawat inap / operasi / biopsi / pemeriksaan laboratorium / rontgen / EKG/ Treadmill Echocardiography/ USG/ CT Scan/ MRI/ Papsmea/ Mamografi atau pemeriksaan lainnya? Jika "YA", jelaskan, Pemeriksaan atau pengobatan apa, Kapan dan dimana dilakukan, Alasan dilakukan, pemeriksaan atau pengobatan tersebut (serta lampirkan fotokopi Hasil Pemeriksaan)!  Ya  Tidak

5. Pertanyaan Khusus untuk Wanita : Apakah saat ini Anda sedang hamil? Jika "YA", Umur kehamilan \_\_\_\_\_ minggu. Kehamilan anak ke \_\_\_\_\_  Ya  Tidak

### IV. PERNYATAAN DAN PERSETUJUAN

#### Saya Calon Peserta :

- (1) Mengerti bahwa PT. Asuransi Jiwa Sinarmas MSIG dalam menerima pertanggung jawaban yang diminta ini berdasarkan semua pernyataan dan keterangan yang Saya berikan, termasuk data pendukungnya (jika ada). Oleh karena itu Saya mengerti dan menyetujui bahwa apabila dikemudian hari diketahui bahwa pernyataan / keterangan / data yang Saya berikan ini keliru atau tidak benar atau yang Saya ketahui tetapi tidak Saya beritahukan kepada PT. Asuransi Jiwa Sinarmas MSIG bersama Surat Permintaan ini, maka mengakibatkan pertanggung jawaban yang diadakan berdasarkan permintaan ini menjadi batal ( Pasal 251 KUHD) dan PT. Asuransi Jiwa Sinarmas MSIG tidak berkewajiban membayar klaim yang diajukan atasnya.
- (2) Memberi persetujuan kepada PT. Asuransi Jiwa Sinarmas MSIG untuk mencari keterangan mengenai kesehatan Saya (Calon Peserta/Peserta) dari Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Laboratorium, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Perorangan atau badan lainnya, yang mempunyai catatan dan informasi tentang keadaan kesehatan atau riwayat pemeriksaan atau perawatan Saya baik sebelum / setelah penutupan pertanggung jawaban maupun setelah Saya meninggal dunia.
- (3) Menyatakan setuju dan meminta ( menginstruksikan ) kepada Dokter, Rumah Sakit, Klinik,

- (4) Memberikan persetujuan kepada pihak-pihak yang berwenang untuk melakukan otopsi terhadap diri Saya (Peserta), bila diperlukan, dalam hal terdapat ketidakwajaran dalam kematian Saya dikemudian hari.
- (5) Mengetahui bahwa semua pernyataan yang Saya berikan dalam surat permintaan ini adalah merupakan hal yang esensi, yang tanpa pernyataan demikian PT. Asuransi Jiwa Sinarmas MSIG tidak akan menyetujui penutupan pertanggung jawaban ini.

Diisi dan ditandatangani di \_\_\_\_\_

Tanggal \_\_\_\_\_

**Kreditur**

**Calon Peserta**