

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. Tlp :

7. Nama & alamat kantor :
(jelaskan secara rinci) No. Tlp :

8. Pekerjaan / Jabatan :
(jelaskan secara rinci)

II. DATA ASURANSI

1. Masa Asuransi : Tahun Mulai Tanggal s/d

2. Uang Pertanggungan :

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 didalam 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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jika salah satu lebih jawaban Anda adalah "YA" mohon dijelaskan secara terperinci pada lembar Pernyataan Tambahan dengan dilengkapi tanda tangan, tanggal dan nama jelas

IV. DATA TAMBAHAN

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

V. PERNYATAAN

1. 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 Polis Induk Asuransi Jiwa Kredit Kolektif pada saat pelunasan dilakukan.
2. 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 pertanggungan.

Disetujui oleh Pemegang Polis

.....
Calon Tertanggung

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

(.....)
Nama / Tanda Tangan

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