

SURAT PERMINTAAN ASURANSI (SPA) (ASURANSI JIWA KREDIT)

PERNYATAAN TERTANGGUNG

(harap melampirkan copy KTP)

Yang bertandatangan dibawah ini,
 Nama Lengkap : Pria / Wanita *
 Tempat & Tanggal Lahir : / Umur : Tahun
 Alamat & No. Telepon :
 Pekerjaan :
 Memiliki Rekening Pinjaman Sebelumnya : TIDAK / YA* sebesar Rp.
 Jika "YA" apakah sudah lunas? : Sudah / Belum *

Dengan ini mengajukan permohonan menjadi Peserta Asuransi Jiwa Kumpulan untuk :

Uang Asuransi : Rp.....
 Tanggal Realisasi Kredit :
 Premi Sekaligus : (diisi oleh petugas)
 Periode Asuransi : s/d = tahun
 Ahli Waris :

DATA KESEHATAN TERTANGGUNG

- Tinggi Badan & Berat Badan : Cm, Kg
- Saat ini dalam keadaan SEHAT? : YA / TIDAK *
- Penyakit yang pernah diderita : TIDAK ada, sampai saat ini saya tidak memiliki riwayat penyakit.
 : Ada, yaitu :
 TBC, (th)..... Kanker, (th)..... Kencing manis, (th).....
 Hati, (th)..... Ginjal, (th)..... Gangguan jiwa, (th).....
 Ayan, (th)..... Jantung, (th)..... Tekanan darah tinggi, (th).....
 Paru, (th)..... Stroke, (th)..... Tekanan darah rendah, (th).....
 Lainnya.....
- Apakah Anda merokok? Sejak? TIDAK YA, batang /hari, Sejak th
- Apakah Anda mengonsumsi alkohol/minuman keras lainnya? TIDAK YA, gelas /minggu
- Apakah Anda pernah ditolak/ditunda dalam pengajuan asuransi jiwa? TIDAK YA
- Apakah Anda sedang dalam perawatan/pengawasan dokter karena suatu penyakit?
 Jika "YA", kapan dan sebutkan penyakit yang diderita serta nama Rumah Sakit/
 Klinik / Fasilitas kesehatan lainnya? TIDAK YA, kapan?
 Penyakit :
 RS / Klinik / Faskes :
- Apakah anda pernah mendapat pengobatan atau perawatan atau operasi di
 Rumah Sakit / Klinik / Fasilitas kesehatan lainnya? TIDAK YA, kapan?
 Jika "YA", kapan dan sebutkan penyakit yang diderita atau operasi yang dilakukan
 Serta nama Rumah Sakit / Klinik / Fasilitas kesehatan lainnya? Penyakit / Operasi :
 RS / Klinik / Faskes :
- Khusus Wanita :
 - Apakah Anda sedang dalam kondisi hamil? Jika "YA", berapa bulan? :
 - Kapankah terakhir kali Anda bersalin? Tanggal / Bulan / Tahun :
 - Apakah haid Anda teratur? :
 - Pernahkah Anda mengalami keguguran? Jika "YA", kapan dan berapa kali? :

Apabila dari hasil pemeriksaan kesehatan saya ditemukan kelainan akan tetapi masih dapat diterima dengan membayar Extra Premi, maka saya bersedia membayar Extra Premi tersebut.

Hanya Untuk Pelaksanaan Pemeriksaan Kesehatan/Medical (diisi oleh petugas)

Berdasarkan Usia dan Uang Asuransi Awal, maka calon Tertanggung / Debitur tersebut diatas diwajibkan melakukan pemeriksaan kesehatan :

- Jenis Pemeriksaan Kesehatan : A / B / C / D / E *
- Nama Dokter/Rumah Sakit/Lab. : (Provider/Non Provider) *
- Tanggal pemeriksaan :

Saya menerangkan bahwa pernyataan dan data tersebut diatas saya jawab dengan SEBENARNYA dan saya sadar bahwa jika ada sesuatu hal yang saya ketahui tetapi tidak saya beritahukan atau saya dengan sengaja menjawab dengan TIDAK BENAR, maka PT. Asuransi Jiwasraya (Persero) berhak membatalkan pertanggungungan atau menolak membayar manfaat asuransi.

Selanjutnya saya memberi izin dan atau kuasa kepada Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Perusahaan Asuransi Jiwa atau pihak lain yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan kesehatan saya, untuk memberitahukan kepada PT. Asuransi Jiwasraya (Persero) segala kebenaran mengenai diri dan kesehatan saya yang diperlukan baik pada saat pengajuan awal maupun saat pengajuan klaim dalam hubungannya dengan perjanjian asuransi ini. Kuasa ini tidak menjadi berakhir karena sebab apapun.

* Lingkari yang dipilih

Kota, Tanggal

Petugas Pemasaran,

Pembuat Pernyataan/Tertanggung,

Mengetahui Ahli Waris,

(.....)
 Nama jelas, Tanda tangan

(.....)
 Nama jelas, Tanda tangan

(.....)
 Nama jelas, Tanda tangan

Akseptasi : Standard Substandard Ditunda Ditolak