

SURAT PERMINTAAN ASURANSI (SPA) UNTUK CALON TERTANGGUNG ASURANSI JIWA KREDIT KOLEKTIF

I. DATA PRIBADI

1. Nama Lengkap :

2. No. KTP / SIM : 3. Jenis Kelamin : L P

4. Tempat / Tgl. Lahir : Tgl: Bln: Thn: 5. Umur: tahun

6. Alamat Rumah saat ini :

7. Nama & Alamat Kantor : No. Telp:
 No. HP:
 No. Telp:

8. Jenis Usaha / Instansi : Jabatan & Tugas :

II. DATA ASURANSI

1. Jenis Pinjaman : KPR KSG KPM Lain-lain; sebutkan :

2. Jenis Asuransi : Life Only Life & TPD Lain-lain; sebutkan :

3. Suku Bunga Pinjaman : . %

4. Uang Pertanggungan : Rp.

5. Premi : Rp.

6. Masa Pertanggungan : tahun

7. Mulai Asuransi : (Tgl, Bln, Thn)

III. KETERANGAN KESEHATAN (WAJIB DIISI OLEH CALON TERTANGGUNG)

	Ya	Tidak
1. Dalam lima tahun terakhir, pernahkah anda melakukan pemeriksaan kesehatan, diagnostik atau laboratorium, mendapatkan pembedahan, biopsi, rawat inap di rumah sakit dan/atau untuk perawatan/pengobatan lainnya? Jika "ya" jelaskan pada kolom di bawah.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Apakah anda sedang / pernah menggunakan narkotika dan obat-obatan sejenisnya / diberitahukan / menderita atau mendapat nasehat medis / dirujuk ke dokter spesialis atau dokter umum untuk kelainan / gangguan dari salah satu penyakit : Panca Indera ; Stroke, Otak (kelumpuhan), Saraf, Jiwa, Epilepsi ; Saluran Pernafasan dan Paru ; Jantung, Pembuluh Darah, Darah Tinggi ; Saluran Pencernaan, Hati, Empedu, Pancreas, Limpa ; Hormonal (thyroid, diabetes), Metabolisme (kolesterol, asam urat) ; Saluran Kemih dan Kelamin ; Kelainan Tulang, Otot, Sendi ; Kanker, Tumor, Kista, Pembesaran Kelenjar ; Aids dan HIV ; Cacat Bawaan dan Keturunan atau penyakit lainnya? Jika "ya" jelaskan pada kolom di bawah.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Jika calon tertanggung seorang wanita, apakah sedang dalam keadaan hamil? Jika "ya", sebutkan berapa bulan :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Tinggi Badan : <input type="text"/> Cm Berat Badan : <input type="text"/> Kg		
5. Dokter yang biasa mengobati jika sakit :		

Nama : Alamat :

Penjelasan jawaban "ya" untuk pertanyaan 1 dan 2 :

No	Tanggal Kejadian	Lamanya	Jenis Penyakit	Nama / Alamat Rumah Sakit / Dokter yang merawat

IV. DATA-DATA LAIN (WAJIB DIISI OLEH CALON TERTANGGUNG)

	Ya	Tidak
1. Pernahkah permintaan pertanggungan Asuransi Jiwa anda ditolak/ditangguhkan/diterima dengan tambahan premi? Jika "ya", sebutkan : Nama Perusahaan : Penyebab :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Pernahkah anda mengajukan klaim asuransi kecelakaan, kesehatan, penyakit kritis atau kecacatan ? Jika "ya", sebutkan : Nama Perusahaan : Jenis Klaim : Penyebab :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PERNYATAAN DAN SURAT KUASA

Demikian pernyataan di atas telah saya jawab dengan lengkap dan benar, dan saya sadar bahwa jika ada sesuatu yang saya ketahui dan tidak saya beritahukan atau saya menjawab dengan tidak benar, maka **PT. Asuransi Jiwa Sequis Life** berhak membatalkan pertanggungan atau menolak membayar Uang Pertanggungan. Saya memahami bahwa pertanggungan ini baru berlaku setelah disetujui oleh kantor pusat **PT. Asuransi Jiwa Sequis Life** dan saya memberikan kuasa, persetujuan dan mengizinkan kepada **PT. Asuransi Jiwa Sequis Life** dan/atau afiliasi dalam hal bermaksud menggunakan data-data dan informasi pribadi (antara lain nama, alamat, nomor telepon dan lainnya) yang dicantumkan di dalam SPA ini ataupun sarana lainnya untuk dipergunakan dalam pelaksanaan kegiatan pertanggungan dan setiap dokter, rumah sakit, puskesmas, perusahaan asuransi, badan hukum, perorangan atau organisasi lainnya yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan atau kesehatan saya, riwayat pengobatan atau perawatan di rumah sakit, nasehat-nasehatdokter baik selama saya masih hidup atau telah meninggal dunia, untuk memberitahukan kepada **PT. Asuransi Jiwa Sequis Life** atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala keterangan mengenai diri dan kesehatan saya maupun memberikan informasi atas produk-produk terbaru dan/atau yang telah ada dari waktu ke waktu kepada pihak-pihak lain yang bekerjasama dengan **PT. Asuransi Jiwa Sequis Life** dan/atau afiliasi.

Foto copy surat kuasa ini mempunyai kekuatan hukum yang sama seperti aslinya.

Mengetahui : Ditanda tangani di: Tgl: Bln: Thn:

(.....)
 Nama Account Officer (.....)
 Nama Calon Tertanggung

Bank & Cabang