**SURAT PERMOHONAN PENUTUPAN ASURANSI (SPPA)**

Bersama ini kami sampaikan permohonan penutupan asuransi kredit multiguna (personal) dengan data sebagai berikut:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Nama Calon Peserta | | : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 2. | Jenis Kelamin | | : | L / P | |  |
| 3. | Tempat/Tgl Lahir | | : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 4. | Alamat | | : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 5. | No. Telp Rumah/HP | | : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 6. | Pekerjaan Sekarang | | : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 7. | Uang Pertanggungan | | : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| RIWAYAT KESEHATAN CALON PESERTA | | | |  |  |  |
| A. | Berat Badan | | : | ………… kg | |  |
| B. | Tinggi Badan | | : | ………… cm | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **Tidak** |
|  |  | **Pertanyaan** | |  | **Sehat** | **Sehat/Sedang** |
|  |  |  | **Mengalami** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **Gangguan** |
| 1. Apakah Anda dalam keadaan sehat/tidak sehat dalam | | | | |  |  |
| proses penandatanganan akad kredit? | | | | |  |  |
|  | | | | |  |  |
| 2. Dalam waktu 36 bulan sampai 60 bulan terakhir, apakah | | | | | **Pernah** | **Tidak Pernah** |
| calon nasabah pernah/tidak pernah: | | | |  |
|  |  |  | | |  |  |
|  | a. | Daerah Kepala dan Tulang Tengkorak, apakah | | |  |  |
|  |  | pernah mengalami trauma (jatuh/kecelakaan) | | |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  | b. | Indera Penglihatan (mata) | |  |  |  |
|  |  |  | | |  |  |
|  | c. | Pernah menderita infeksi telinga (THT) | | |  |  |
|  |  |  | | |  |  |
|  | d. | Kondisi gigi dan mulut (apakah ada karies dentist) | | |  |  |
|  |  |  | | |  |  |
|  | e. | Apakah ada riwayat keluarga menderita | | |  |  |
|  |  | Thalasemia, Anemia, dan Leukimia dalam | | |  |  |
|  |  | generasi satu garis? |  |  |  |  |
|  | f. | Penyakit pada saluran pernafasan (TBC dan Asma, | | |  |  |
|  |  | serta Pneumonia) |  |  |  |  |
|  |  |  | | |  |  |
|  | g. | Adakah gangguan pencernaan pada lambung | | |  |  |
|  |  | (sakit maag, gastritis) | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| h. | Sistem urologi dan saluran kencing (pada pria ada |  |  |
|  | pembesaran prostat) |  |  |
|  |  |  |  |
| i. | Riwayat kanker di dalam keluarga satu garis |  |  |
|  |  |  |  |
| j. | Apakah menderita penyakit malaria dan demam |  |  |
|  | kuning? |  |  |
| k. | Apakah ada menderita Diabetes Type 2 dan |  |  |
|  | Diabetes Idiopatic? |  |  |
| l. | Apakah keluarga ada menderita Hepatitis A, B, C, |  |  |
|  | dan Sirosis Hepatis? |  |  |
| m. Apakah ada menderita penyakit ginjal? | |  |  |
|  |  |  |  |
| n. | Apakah ada keluhan penyakit jantung dan |  |  |
|  | keturunannya? |  |  |
| o. | Ada menderita penyakit Hipertensi kronis dan |  |  |
|  | Emergency dalam satu garis keluarga? |  |  |
|  |  |  |  |
| p. | Pernah menderita pasca-stroke atau ada keluarga |  |  |
|  | yang terkena stroke? |  |  |
|  |  |  |  |
| q. | Ada keluarga menderita penyakit auto-immune |  |  |
|  | dalam satu garis? |  |  |
|  |  |  |  |
| r. | Apakah ada menderita kelumpuhan otot gerak |  |  |
|  | kaki dan tangan? |  |  |
|  |  |  |  |
| s. | Apakah ada menderita penyakit dan gangguan |  |  |
|  | syaraf (Parkinson’s Disease dan penurunan fungsi |  |  |
|  | motorik)? |  |  |
| t. | Apakah ada menderita Hipotensi (darah rendah) |  |  |
|  |  |  |  |
| u. | Apakah ada reaksi alergi obat? |  |  |
|  |  |  |  |
| v. | Pada Calon Nasabah Wanita, apakah ada |  |  |
|  | penggunaan Hormon Penyubur selama dalam |  |  |
|  | kurun waktu 36-60 bulan? |  |  |
|  |  |  |  |
| w. | Apakah ada pemeriksaan rutin foto Thorax dan |  |  |
|  | Hematologi dalam 1 tahun terakhir? |  |  |
|  |  |  |  |
| x. | Apakah ada pemakaian obat-obatan psikosomatis |  |  |
|  | dalam 2 tahun terakhir? (obat tidur) |  |  |
|  |  |  |  |
| y. | Apakah ada gangguan pada BAB dalam 6 bulan |  |  |
|  | terakhir? (Keluar darah) |  |  |
|  |  |  |  |
| z. | Ada menderita penyakit kelamin (GO, Sipilis, |  |  |
|  | Kondiloma Akuminata) |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | **Pernah** | **Tidak Pernah** |
| 3. Jika pernah dirawat di Rumah Sakit dalam kurun waktu 5 | |  |  |
| tahun terakhir ini, sebutkan nama Rumah Sakit, Dokter | |  |  |
| yang merawat, dan Alamat Rumah Sakit | |  |  |
|  |  |  |  |

1. Dalam jangka waktu 60 bulan terakhir, pernah dirawat rutin oleh Dokter atau Tenaga Medis?
2. Apakah dalam satu tahun terakhir, pernah terpapar Covid-19? Kalau pernah, lampirkan hasil pemeriksaan Laboratorium klinis dan PCR (Covid-19)?
3. Untuk Wanita, apakah dalam proses akad sedang hamil?
4. Apakah ada keluarga inti yang menderita HIV/AIDS?
5. Apakah Anda pernah berobat rawat jalan dalam 24 bulan terakhir di Fasilitas Kesehatan (Klinik, Puskesmas, Rumah Sakit, dll)?
6. Apakah berkas-berkas rawat jalan (resep, kwitansi, pemeriksaan laboratorium) masih ada hingga saat ini? Harap dilengkapi sebagai dasar pertimbangan penutupan asuransi
7. Khusus Wanita, apakah pernah mengalami keguguran, aborsi, kehamilan dalam 36 – 60 bulan?
8. Apakah Anda rutin menjalani pemeriksaan USG payudara, mamografi, dan kandungan dalam 24 bulan terakhir?
9. Apakah Anda pernah mengalami kesulitan/komplikasi pada saat hamil ataupun melahirkan?
10. Apakah Anda pernah merokok dalam kurun waktu 5-10 tahun terakhir?
11. Apakah Anda menderita hiperkolesterol dalam 5 tahun terakhir (Berdasarkan hasil Laboratorium dan pengamatan dokter)?
12. Apakah Anda pernah menderita gangguan tidur selama 36 bulan terakhir?

**Pernyataan-pernyataan tersebut diatas Saya jawab dengan jujur sesuai dengan keadaan yang sebenarnya dan jika ada suatu hal yang Saya ketahui dan tidak memberitahukan atau Saya dengan sengaja menjawab tidak jujur atau tidak benar, maka Perusahaan Asuransi berhak untuk membatalkan atau menolak pembayaran klaim asuransi.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Hormat Kami,

**Pejabat Bank/Koperasi/Lembaga** **Calon Peserta**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_