

## FORMULIR PERNYATAAN KESEHATAN

-Isi dengan tinta **HITAM**, huruf **CETAK**, tidak keluar kotak, jelas, coret yg tidak perlu \*) dan memberikan tanda (✓) pada kotak jawaban yang sesuai  
 -Jika pengisian salah, harap dicoret dan ditandatangani (bukan paraf) oleh PESERTA atau WAKIL PESERTA (**Jangan menggunakan tip ex**)

### DATA PIHAK YANG DIASURANSIKAN

Nama lengkap			
Tempat & Tanggal Lahir		/	
Pekerjaan / Jabatan			
Alamat Tempat Tinggal			
	Kode Pos		Telp
No. KTP/SIM/Paspor *)**			
No. SPAJS/No. Polis			

### DATA ASURANSI

	Nama Produk	Uang Asuransi	Kontribusi
1. Program Asuransi Utama			
2. Program Asuransi Tambahan (dikosongkan saja jika tidak ada)			
3. Masa Perjanjian Asuransi	tahun	bulan	
4. Mulai Perjanjian			

### PERNYATAAN KESEHATAN

Tinggi Badan	cm	Berat Badan	kg		<b>Ya</b>	<b>Tidak</b>	<b>Jika "Ya" Jelaskan!</b>
1. Apakah dalam 5 tahun terakhir ini anda pernah dioperasi/dirawat di rumah sakit atau dalam masa pengobatan/perawatan yang membutuhkan obat-obatan dalam waktu yang lama?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Apakah berat badan Anda dalam 1 (satu) tahun terakhir ini naik atau turun melebihi 5 (lima) kilogram?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Apakah Anda pernah atau sedang menderita penyakit tumor / kanker, paru-paru; kencing manis; ginjal; jantung; tekanan darah tinggi; hepatitis; syaraf?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Apakah Anda pernah mengalami kecelakaan dan luka berat atau mempunyai cacat fisik?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Apakah Anda sekarang dalam keadaan sehat? (Jika jawab "Tidak Sehat" mohon dijelaskan kondisi saat ini dan penanganannya)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### PERNYATAAN DAN SURAT KUASA

(Harap dibaca dengan teliti sebelum menandatangani SPAJS ini)

Saya / Kami sebagai Wakil Peserta yang mengajukan permintaan asuransi atas nama Peserta tersebut di atas dengan ini menyatakan bahwa:

- Telah membaca dan memberikan jawaban serta keterangan yang sebenarnya atas pertanyaan-pertanyaan dalam Surat Permohonan Asuransi Jiwa Syariah Kumpulan dan memahami bahwa jawaban serta keterangan tersebut merupakan dasar asuransi dan tidak terpisahkan dari Polis Induk Asuransi Kumpulan.
- Semua keterangan dalam Surat Permohonan Asuransi Jiwa Syariah ini saya berikan dengan benar. Apabila di antara keterangan ada yang tidak benar atau terdapat hal yang saya sembunyikan, maka Pihak Asuransi berhak membatalkan perjanjian asuransi yang telah berjalan dan tidak wajib membayarkan klaim yang timbul atas dasar perjanjian asuransi ini.
- Akan melengkapi semua keterangan mengenai data-data yang dibutuhkan oleh PT Asuransi Jiwa Syariah Kitabisa untuk keperluan asuransi
- Menyetujui bahwa asuransi akan berlaku apabila Surat Permintaan Asuransi Jiwa Syariah Kumpulan ini telah disetujui dan kontribusi pertama telah dibayarkan lunas kepada PT Asuransi Jiwa Syariah Kitabisa
- Memberikan dan menerima kuasa yang tidak dapat ditarik kembali atau dibatalkan kepada dokter, klinik laboratorium, rumah sakit, perusahaan asuransi, instansi lain atau perorangan yang mempunyai catatan/keterangan tentang diri saya berhubungan dengan riwayat kesehatan, penyakit atau perawatan saya untuk diberikan kepada Pengelola (PT Asuransi Jiwa Syariah Kitabisa) atau petugas yang ditunjuk oleh Pengelola. Surat kuasa ini tidak berakhir dengan sebab apapun, termasuk meninggalnya saya. Salinan Surat Kuasa ini berlaku sama kuatnya dengan aslinya.

Dibuat di .....

Tanggal    /    /    d d - m m - y y y y

Tanda tangan PIHAK YANG DIASURANSIKAN

Mengetahui

Tanda tangan Wali Peserta

Nama Jelas  
Catatan :

\*\* Lampirkan dengan copy dokumen pendukung

Nama jelas dan Stempel Perusahaan