

SURAT PERMINTAAN ASURANSI JIWA KREDIT

No. Ac :

DCIF :

I. DATA PESERTA																													
1. Nama Lengkap : <u>ANDRY YUNANTO</u> <small>(Sesuai KTP/Identitas lain)</small> 2. Nama Alias : <u>ANDRY</u> 3. Jenis Kelamin : <input checked="" type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita 4. Tempat/Tgl Lahir : <u>Tangerang</u> Tgl <u>23</u> Bln <u>06</u> Thn <u>1986</u> 5. Bukti Identitas : <input checked="" type="checkbox"/> KTP <input type="checkbox"/> Paspor/WNA No. Bukti Identitas : <u>3603282306860002</u> 6. NPWP : <u>818681-414-4-451-0000</u> 7. Status : <input checked="" type="checkbox"/> Menikah <input type="checkbox"/> Belum Menikah <input type="checkbox"/> Janda/Duda 8. Warga Negara : <input checked="" type="checkbox"/> Indonesia <input type="checkbox"/> Asing, sebutkan _____ 9. Alamat Rumah : <u>Jl. Tungk 1 no 6 Rt 004/016 Kel</u> <u>Demangan kec Kalapa dua</u> Kode Pos : <u>15010</u> Telpon : <u>(HE) 0812 9501144</u> 10. Alamat : <u>SDA</u> Korespondensi _____ Kode Pos : _____ Telpon : (_____) _____	11. Pekerjaan : <u>IT Developer</u> Bagian : <u>programmer</u> Aktifitas yang dilakukan : <u>membuat aplikasi / system</u> Nama Perusahaan : <u>Permatasank</u> Jenis Usaha : <u>Perbankan</u> Alamat : <u>Permatasank tower III 19th Floor Jl. MH Thamrin</u> Kantor : <u>B 3/1 Banteng Sukor VII</u> Kode Pos <u>15224</u> Telpon : (_____) _____ 12. No. Handphone : <u>0812 9501144</u> 13. Alamat Email : <u>Yunanto-andry@Permatasank.com</u> 14. Sumber Dana Pembelian Asuransi : <input checked="" type="checkbox"/> Gaji <input type="checkbox"/> Hasil Usaha <input type="checkbox"/> Hasil Investasi <input type="checkbox"/> Warisan <input type="checkbox"/> Lainnya _____ 15. Tujuan Asuransi : <u>Proteksi Asuransi Jiwa atas Kredit/Pembiayaan</u> 16. Penghasilan Per Tahun : <input type="checkbox"/> < Rp. 10 Juta <input checked="" type="checkbox"/> > Rp. 100 Juta – Rp. 300 Juta <input type="checkbox"/> > Rp. 100 Juta – Rp. 500 Juta <input type="checkbox"/> > Rp. 300 Juta – Rp. 500 Juta <input type="checkbox"/> > Rp. 500 Juta – Rp. 1000 Juta <input type="checkbox"/> > Rp. 1000 Juta 17. Sumber Penghasilan : <input checked="" type="checkbox"/> Gaji <input type="checkbox"/> Hasil Usaha <input type="checkbox"/> Hasil Investasi <input type="checkbox"/> Warisan <input type="checkbox"/> Lainnya _____																												
II. DATA ASURANSI																													
1. Jumlah Kredit : <u>500.000.000</u> 2. Jenis Kredit : <input checked="" type="checkbox"/> Menurun <input type="checkbox"/> Tetap/Flat <input type="checkbox"/> KPR <input type="checkbox"/> KWU <input type="checkbox"/> KPM <input type="checkbox"/> Kredit Mikro <input type="checkbox"/> KTA <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya <u>Staf Loan</u> 6. Premi (Estimasi) dihitung dari Pinjaman Awal (table premi terlampir) 7. Premi Ditagih Ke : Bank _____ Cabang _____ 8. Yang berhak menerima Manfaat Asuransi : Bank _____ Cabang _____ 9. Apakah Anda sudah mempunyai atau sedang mengajukan atau pernah mengajukan Polis Asuransi Jiwa / Kecelakaan / Kesehatan baik di PT MSIG Life Insurance Indonesia Tbk. maupun di perusahaan Asuransi lain? (jika "YA" di Perusahaan Asuransi mana, apakah dikenakan Ekstra Premi / Ditolak / Ditunda, dan alasannya) <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Jelaskan : _____ Catatan : Premi yang dibayarkan Nasabah sudah termasuk Biaya Provisi, Biaya Administrasi, Biaya Asuransi, Komisi Bank, dan Biaya Komisi Pemasaran.	3. Masa Asuransi : <u>16</u> Tahun dan <u>6</u> Bulan 4. Priode Asuransi : _____ s/d _____ 5. Cara Pembayaran : <u>Sekaligus</u>																												
III. DATA KESEHATAN																													
1. a. Berat badan badan <u>85</u> Kg Tinggi Badan <u>176</u> Cm b. Apakah berat badan Anda berubah dalam 12 bulan terakhir? Jika "YA", jelaskan berapa kg penurunan/ kenaikan dan penyebabnya ! _____ 2. Apakah Anda sedang dalam keadaan sehat ? Jika "TIDAK", jelaskan ! _____ 3. Apakah Anda sedang atau pernah menderita, atau pernah diberitahu atau dalam konsultasi / perawatan/ pengobatan / pengawasan medis, salah satu atau beberapa penyakit sebagai berikut : Jantung / Nyeri Dada, Tekanan Darah Tinggi, Stroke, Tumor / Benjolan / Kanker/ Kista, TBC / Asthma / Gangguan Pernapasan, Sakit Kuning / Hepatitis, Kencing Manis, Ginjal, Cacat, Kelainan Bawaan, Gangguan Jiwa, Penyakit / Gangguan lainnya? Jika "YA", jelaskan ! _____ 4. Apakah dalam 5 tahun terakhir Anda sedang atau pernah menjalani konsultasi / rawat inap / operasi / biopsi / pemeriksaan laboratorium/ rontgen/EKG/Treadmill Echocardiography/ USG / CT Scan / MRI / Papsmear / Mamografi atau pemeriksaan lainnya? Jika "YA", jelaskan, Pemeriksaan atau pengobatan apa, Kapan dan dimana dilakukan, Alasan dilakukan, pemeriksaan atau pengobatan tersebut (serta lampirkan fotokopi Hasil Pemeriksaan) ! _____ 5. Pertanyaan Khusus untuk Wanita : Apakah saat ini Anda sedang hamil ? Jika "YA", Umur kehamilan _____ minggu. Kehamilan anak ke _____	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">JAWABAN</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">Paraf</th> </tr> <tr> <th style="width: 25%;"></th> <th style="width: 25%;"></th> <th style="width: 25%;">Calon Peserta</th> <th style="width: 25%;">Pasangan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	JAWABAN		Paraf				Calon Peserta	Pasangan	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak				<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak				<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak				<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak				<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak			
JAWABAN		Paraf																											
		Calon Peserta	Pasangan																										
<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak																													
<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak																													
<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak																													
<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak																													
<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak																													
IV. PERNYATAAN DAN PERSETUJUAN																													
<p>Saya Calon Peserta :</p> <p>(4) Mengungkapkan informasi pribadi Saya, Data Perusahaan yang tercantum pada Surat Permintaan Asuransi Jiwa Kredit dan data peserta yang didaftarkan untuk diperoleh atau disimpan oleh PT MSIG Life Insurance Indonesia Tbk. (sesuai yang tercantum dalam Surat Permintaan Asuransi Jiwa Kredit ini atau sarana lain), termasuk memberikannya kepada pihak ketiga yang memiliki hubungan kerjasama dengan PT MSIG Life Insurance Indonesia Tbk. dalam rangka pengajuan Surat Permintaan Asuransi Jiwa Kredit ini, pembayaran klaim, pelayanan Nasabah, maupun penawaran produk lain kepada Saya, dengan tunduk pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.</p> <p>(5) Saya menyatakan bahwa pembayaran premi untuk polis yang Saya ajukan berdasarkan Surat Permintaan Asuransi Jiwa Kredit ini tidak berasal dari/untuk tujuan pidana pencucian uang dan/atau tindak pidana lain yang dilarang berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku di Indonesia. Apabila ada indikasi</p> <p>peraturan perundang-undangan yang berlaku di Indonesia, maka Penanggung akan melaksanakan kewajibannya sesuai dengan ketentuan yang berlaku.</p> <p>(1) Saya memahami dan menyetujui untuk memenuhi peraturan perundang-undangan yang mengatur tentang Tindak Pidana Anti Pencucian Uang dan Pendanaan Terorisme dan Saya bersedia untuk menerima risiko yang ditimbulkan termasuk penolakan permohonan pengajuan asuransi dan/atau transaksi, pemutusan hubungan usaha, pemblokiran dan tindakan lain yang wajib dilakukan oleh Penanggung sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.</p> <p>(2) Mengerti bahwa PT MSIG Life Insurance Indonesia Tbk. dalam menerima pertanggung jawaban yang diminta ini berdasarkan semua pernyataan dan keterangan yang Saya berikan, termasuk data pendukungnya (jika ada). Oleh karena itu Saya mengerti dan menyetujui bahwa apabila dikemudian hari diketahui bahwa pernyataan / keterangan / data yang Saya berikan ini keliru atau tidak benar atau yang Saya ketahui tetapi tidak Saya beritahukan kepada PT MSIG Life Insurance</p>																													



MSIG

Indonesia Tbk. bersama Surat Permintaan ini, maka mengakibatkan pertanggungan yang diadakan berdasarkan permintaan ini menjadi batal (Pasal 251 KUHD) dan PT MSIG Life Insurance Indonesia Tbk. tidak berkewajiban membayar klaim yang diajukan atasnya.

- (5) Memberi persetujuan kepada PT MSIG Life Insurance Indonesia Tbk. untuk mencari keterangan mengenai kesehatan Saya (Calon Peserta/Peserta) dari Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Laboratorium, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Perorangan atau badan lainnya, yang mempunyai catatan dan informasi tentang keadaan kesehatan atau riwayat pemeriksaan atau perawatan Saya baik sebelum / setelah penutupan pertanggungan maupun setelah Saya meninggal dunia.
- (6) Menyatakan setuju dan meminta (menginstruksikan) kepada Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Laboratorium, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Perorangan atau Badan lainnya, yang mempunyai catatan dan informasi tentang keadaan kesehatan atau riwayat pemeriksaan atau perawatan Saya (Calon Peserta/Peserta) baik sebelum / setelah penutupan pertanggungan ini maupun setelah Saya meninggal dunia, untuk memperlihatkan dan memberikan catatan dan informasi tersebut kepada PT MSIG Life Insurance Indonesia Tbk.
- (7) Mengetahui bahwa semua pernyataan yang Saya berikan dalam surat permintaan ini adalah merupakan hal yang esensi, yang tanpa pernyataan demikian PT MSIG Life Insurance Indonesia Tbk. tidak akan menyetujui penutupan pertanggungan ini.

- (8) Bahwa benar telah dijelaskan kepada Saya dan Saya telah mengerti mengenai resiko manfaat, kewajiban dan pembebanan biaya-biaya terkait permintaan asuransi jiwa ini.

Diisi dan ditandatangani di _____
Tanggal _____

Petugas Bank

Calon Peserta

Pasangan Calon Peserta

Andry Yudianto

Nama Jelas & Tanda Tangan Nama Jelas & Tanda Tangan Nama Jelas & Tanda Tangan

SURAT PERMINTAAN ASURANSI JIWA KREDIT

No. Ac :

DCIF :

I. DATA PESERTA																													
1. Nama Lengkap : <u>ANDRY YUNANTO</u> <small>(Sesuai KTP/Identitas lain)</small> 2. Nama Alias : <u>ANDRY</u> 3. Jenis Kelamin : <input checked="" type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita 4. Tempat/Tgl Lahir : <u>Tangerang</u> Tgl <u>23</u> Bln <u>06</u> Thn <u>1986</u> 5. Bukti Identitas : <input checked="" type="checkbox"/> KTP <input type="checkbox"/> Paspor/WNA No. Bukti Identitas : <u>3603282306860002</u> 6. NPWP : <u>88681.414.4-451.000</u> 7. Status : <input checked="" type="checkbox"/> Menikah <input type="checkbox"/> Belum Menikah <input type="checkbox"/> Janda/Duda 8. Warga Negara : <input checked="" type="checkbox"/> Indonesia <input type="checkbox"/> Asing, sebutkan _____ 9. Alamat Rumah : <u>Jl. Tumenggung Inab Rt 04/06 Kel. Kemang</u> <u>Kec. Kalapa Dua Tangerang</u> Kode Pos : <u>15010</u> Telpon : <u>(Hp) 0812 950 4444</u> 10. Alamat : <u>SDA</u> Korespondensi : _____ Kode Pos : _____ Telpon : (_____) _____	11. Pekerjaan : <u>IT Developer</u> Bagian : <u>Programmer</u> Aktifitas yang dilakukan : <u>membuat aplikasi / system</u> Nama Perusahaan : <u>Pamata Bank</u> Jenis Usaha : <u>Pemabank</u> Alamat : <u>Pamatabank tower III, 5th Floor, 2nd Floor</u> Kantor : <u>Bilik. Bintaro Sektor VII</u> Kode Pos <u>15224</u> Telpon : (_____) _____ 12. No. Handphone : <u>0812 950 4444</u> 13. Alamat Email : <u>yumanto.andry@rockemail.com</u> 14. Sumber Dana Pembelian Asuransi : <input checked="" type="checkbox"/> Gaji <input type="checkbox"/> Hasil Usaha <input type="checkbox"/> Hasil Investasi <input type="checkbox"/> Warisan <input type="checkbox"/> Lainnya _____ 15. Tujuan Asuransi : <u>Proteksi Asuransi Jiwa atas Kredit/Pembiayaan</u> 16. Penghasilan Per Tahun : <input type="checkbox"/> < Rp. 10 Juta <input checked="" type="checkbox"/> > Rp. 100 Juta – Rp. 300 Juta <input type="checkbox"/> > Rp. 100 Juta – Rp. 500 Juta <input type="checkbox"/> > Rp. 300 Juta – Rp. 500 Juta <input type="checkbox"/> > Rp. 500 Juta 17. Sumber Penghasilan : <input checked="" type="checkbox"/> Gaji <input type="checkbox"/> Hasil Usaha <input type="checkbox"/> Hasil Investasi <input type="checkbox"/> Warisan <input type="checkbox"/> Lainnya _____																												
II. DATA ASURANSI																													
1. Jumlah Kredit : <u>440.000.000</u> <input checked="" type="checkbox"/> Menurun <input type="checkbox"/> Tetap/Flat 2. Jenis Kredit : <input type="checkbox"/> KPR <input type="checkbox"/> KWU <input type="checkbox"/> KPM <input type="checkbox"/> Kredit Mikro <input type="checkbox"/> KTA <input checked="" type="checkbox"/> Lainnya <u>State loan</u> 6. Premi (Estimasi) dihitung dari Pinjaman Awal (table premi terlampir) 7. Premi Ditagih Ke : Bank _____ Cabang _____ 8. Yang berhak menerima Manfaat Asuransi : Bank _____ Cabang _____ 9. Apakah Anda sudah mempunyai atau sedang mengajukan atau pernah mengajukan Polis Asuransi Jiwa / Kecelakaan / Kesehatan baik di PT MSIG Life Insurance Indonesia Tbk. maupun di perusahaan Asuransi lain? (jika "YA" di Perusahaan Asuransi mana, apakah dikenakan Ekstra Premi / Ditolak / Ditunda, dan alasannya) <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Jelaskan : _____ Catatan : Premi yang dibayarkan Nasabah sudah termasuk Biaya Provisi, Biaya Administrasi, Biaya Asuransi, Komisi Bank, dan Biaya Komisi Pemasaran.	3. Masa Asuransi : <u>16</u> Tahun dan <u>6</u> Bulan 4. Priode Asuransi : _____ s/d _____ 5. Cara Pembayaran : <u>Sekaligus</u>																												
III. DATA KESEHATAN																													
1. a. Berat badan <u>95</u> Kg Tinggi Badan <u>170</u> Cm b. Apakah berat badan Anda berubah dalam 12 bulan terakhir? Jika "YA", jelaskan berapa kg penurunan/ kenaikan dan penyebabnya ! _____ 2. Apakah Anda sedang dalam keadaan sehat? Jika "TIDAK", jelaskan ! _____ 3. Apakah Anda sedang atau pernah menderita, atau pernah diberitahu atau dalam konsultasi / perawatan/ pengobatan / pengawasan medis, salah satu atau beberapa penyakit sebagai berikut : Jantung / Nyeri Dada, Tekanan Darah Tinggi, Stroke, Tumor / Benjolan / Kanker/ Kista, TBC / Asthma / Gangguan Pernapasan, Sakit Kuning / Hepatitis, Kencing Manis, Ginjal, Cacat, Kelainan Bawaan, Gangguan Jiwa, Penyakit / Gangguan lainnya? Jika "YA", jelaskan ! _____ 4. Apakah dalam 5 tahun terakhir Anda sedang atau pernah menjalani konsultasi / rawat inap / operasi / biopsi / pemeriksaan laboratorium/ rontgen / EKG / Treadmill Echocardiography/ USG / CT Scan / MRI / Papsmear / Mamografi atau pemeriksaan lainnya? Jika "YA", jelaskan, Pemeriksaan atau pengobatan apa, Kapan dan dimana dilakukan, Alasan dilakukan, pemeriksaan atau pengobatan tersebut (serta lampirkan fotokopi Hasil Pemeriksaan) ! _____ 5. Pertanyaan Khusus untuk Wanita : Apakah saat ini Anda sedang hamil? Jika "YA", Umur kehamilan _____ minggu. Kehamilan anak ke _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">JAWABAN</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">Paraf</th> </tr> <tr> <th style="width: 25%;"></th> <th style="width: 25%;"></th> <th style="width: 25%;">Calon Peserta</th> <th style="width: 25%;">Pasangan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. a. <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	JAWABAN		Paraf				Calon Peserta	Pasangan	1. a. <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak				2. <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak				3. <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak				4. <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak				5. <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak			
JAWABAN		Paraf																											
		Calon Peserta	Pasangan																										
1. a. <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak																													
2. <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak																													
3. <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak																													
4. <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak																													
5. <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak																													
IV. PERNYATAAN DAN PERSETUJUAN																													
<p>Saya Calon Peserta :</p> <p>(4) Mengungkapkan informasi pribadi Saya, Data Perusahaan yang tercantum pada Surat Permintaan Asuransi Jiwa Kredit dan data peserta yang didaftarkan untuk diperoleh atau disimpan oleh PT MSIG Life Insurance Indonesia Tbk. (sesuai yang tercantum dalam Surat Permintaan Asuransi Jiwa Kredit ini atau sarana lain), termasuk memberikannya kepada pihak ketiga yang memiliki hubungan kerjasama dengan PT MSIG Life Insurance Indonesia Tbk. dalam rangka pengajuan Surat Permintaan Asuransi Jiwa Kredit ini, pembayaran klaim, pelayanan Nasabah, maupun penawaran produk lain kepada Saya, dengan tunduk pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.</p> <p>(5) Saya menyatakan bahwa pembayaran premi untuk polis yang Saya ajukan berdasarkan Surat Permintaan Asuransi Jiwa Kredit ini tidak berasal dari/untuk tujuan pidana pencucian uang dan/atau tindak pidana lain yang dilarang berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku di Indonesia. Apabila ada indikasi</p> <p>peraturan perundang-undangan yang berlaku di Indonesia, maka Penanggung akan melaksanakan kewajibannya sesuai dengan ketentuan yang berlaku.</p> <p>(1) Saya memahami dan menyetujui untuk memenuhi peraturan perundang-undangan yang mengatur tentang Tindak Pidana Anti Pencucian Uang dan Pendanaan Terorisme dan Saya bersedia untuk menerima risiko yang ditimbulkan termasuk penolakan permohonan pengajuan asuransi dan/atau transaksi, pemutusan hubungan usaha, pemblokiran dan tindakan lain yang wajib dilakukan oleh Penanggung sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.</p> <p>(2) Mengerti bahwa PT MSIG Life Insurance Indonesia Tbk. dalam menerima pertanggung jawaban yang diminta ini berdasarkan semua pernyataan dan keterangan yang Saya berikan, termasuk data pendukungnya (jika ada). Oleh karena itu Saya mengerti dan menyetujui bahwa apabila dikemudian hari diketahui bahwa pernyataan / keterangan / data yang Saya berikan ini keliru atau tidak benar atau yang Saya ketahui tetapi tidak Saya beritahukan kepada PT MSIG Life Insurance</p>																													

Indonesia Tbk. bersama Surat Permintaan ini, maka mengakibatkan pertanggungan yang diadakan berdasarkan permintaan ini menjadi batal (Pasal 251 KUHD) dan PT MSIG Life Insurance Indonesia Tbk. tidak berkewajiban membayar klaim yang diajukan atasnya.

- (5) Memberi persetujuan kepada PT MSIG Life Insurance Indonesia Tbk. untuk mencari keterangan mengenai kesehatan Saya (Calon Peserta/Peserta) dari Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Laboratorium, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Perorangan atau badan lainnya, yang mempunyai catatan dan informasi tentang keadaan kesehatan atau riwayat pemeriksaan atau perawatan Saya baik sebelum / setelah penutupan pertanggungan maupun setelah Saya meninggal dunia.
- (6) Menyatakan setuju dan meminta (menginstruksikan) kepada Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Laboratorium, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Perorangan atau Badan lainnya, yang mempunyai catatan dan informasi tentang keadaan kesehatan atau riwayat pemeriksaan atau perawatan Saya (Calon Peserta/Peserta) baik sebelum / setelah penutupan pertanggungan ini maupun setelah Saya meninggal dunia, untuk memperlihatkan dan memberikan catatan dan informasi tersebut kepada PT MSIG Life Insurance Indonesia Tbk.
- (7) Mengetahui bahwa semua pernyataan yang Saya berikan dalam surat permintaan ini adalah merupakan hal yang esensi, yang tanpa pernyataan demikian PT MSIG Life Insurance Indonesia Tbk. tidak akan menyetujui penutupan pertanggungan ini.

- (8) Bahwa benar telah dijelaskan kepada Saya dan Saya telah mengerti mengenai resiko manfaat, kewajiban dan pembebanan biaya-biaya terkait permintaan asuransi jiwa ini.

Diisi dan ditandatangani di _____
Tanggal _____

Petugas Bank

Calon Peserta

Pasangan Calon Peserta



Andy Yudianto

Nama Jelas & Tanda Tangan Nama Jelas & Tanda Tangan Nama Jelas & Tanda Tangan