

SURAT PERMINTAAN ASURANSI JIWA KREDIT

No. Ac :

DCIF :

I. DATA PESERTA

1. Nama Lengkap : ANDRY YUNANTO
(Sesuai KTP/Identitas lain)

2. Nama Alias : ANDRY

3. Jenis Kelamin : ☒ Pria ☐ Wanita

4. Tempat/Tgl Lahir : Jember Tgl 23 Bln 06 Thn 1986

5. Bukti Identitas : ☒ KTP ☐ Paspor/WNA
No. Bukti Identitas : 3603282306860002

6. NPWP : 88681.111.11-151.000

7. Status : ☒ Menikah ☐ Belum Menikah ☐ Janda/Duda

8. Warga Negara : ☒ Indonesia ☐ Asing, sebutkan _____

9. Alamat Rumah : Jl. Tuntang 1 No 6 kel bencanah kec kalasan duren Kode Pos : 15810
Telpon : (_____) _____

10. Alamat : _____
Korespondensi : _____ Kode Pos : _____
Telpon : (_____) _____

11. Pekerjaan : Developer / Programmer
Bagian : Memuat aplikasi / system
Aktifitas yang dilakukan : _____
Nama Perusahaan : Permata Bank
Jenis Usaha : Perbankan
Alamat : Permata Bank Tower III, 9th Floor, Jl. Jend. Sudirman
Kantor : Blt. Bintaro Sektor VI Kode Pos : 15224
Telpon : (_____) _____

12. No. Handphone : 0812 950 1149

13. Alamat Email : Yuranto-andry@rocketmail.com

14. Sumber Dana Pembelian Asuransi : ☒ Gaji ☐ Hasil Usaha ☐ Hasil Investasi
☐ Warisan ☐ Lainnya _____

15. Tujuan Asuransi : Proteksi Asuransi Jiwa atas Kredit/Pembiayaan

16. Penghasilan Per Tahun : ☐ < Rp. 10 Juta ☒ > Rp. 100 Juta – Rp. 300 Juta
☐ > Rp. 10 Juta – Rp. 50 Juta ☐ > Rp. 300 Juta – Rp. 500 Juta
☐ > Rp. 50 Juta – Rp. 100 Juta ☐ > Rp. 500 Juta

17. Sumber Penghasilan : ☒ Gaji ☐ Hasil Usaha ☐ Hasil Investasi
☐ Warisan ☐ Lainnya _____

II. DATA ASURANSI

1. Jumlah Kredit : 940.000.000

2. Jenis Kredit : ☐ Menurun ☒ Tetap/Flat ☐ KPR ☐ KWU ☐ KPM ☐ Kredit Mikro
☐ KTA ☐ Lainnya _____

3. Masa Asuransi : 16 Tahun dan 6 Bulan

4. Priode Asuransi : _____ s/d _____

5. Cara Pembayaran : Sekaligus

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)
☒ Tidak ☐ Ya, Jelaskan : _____

Catatan : Premi yang dibayarkan Nasabah sudah termasuk Biaya Provisi, Biaya Administrasi, Biaya Asuransi, Komisi Bank, dan Biaya Komisi Pemasaran.

III. DATA KESEHATAN

	JAWABAN	Paraf Calon Peserta	Paraf Penasihat
1. a. Berat badan badan <u>65</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!	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak		
2. Apakah Anda sedang dalam keadaan sehat? Jika "TIDAK", jelaskan!	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		
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!	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak		
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)!	<input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak		
5. Pertanyaan Khusus untuk Wanita : Apakah saat ini Anda sedang hamil? Jika "YA", Umur kehamilan _____ minggu. Kehamilan anak ke _____	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		

IV. PERNYATAAN DAN PERSETUJUAN
Saya Calon Peserta:

- (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.
- (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

peraturan perundang-undangan yang berlaku di Indonesia, maka Penanggung akan melaksanakan kewajibannya sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

- (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.
- (2) Mengerti bahwa PT MSIG Life Insurance Indonesia Tbk. dalam menerima pertanggungannya 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

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



Atas nama _____

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