CIF No.

- Isi/lengkapi/coret apabila perlu dengan jelas.
- Beri tanda ☑ dalam kotak pertanyaan pilihan.
- Jika pengisian salah, harap dicoret dan ditandatangani (jangan menggunakan tip ex).

MNC LIFE

SURAT PERMOHONAN ASURANSI JIWA KREDIT

Nama :

No. KTP : Jenis Kelamin: ☐ Pria ☐ Wanita

Alamat :

Kode pos:

No. Telepon/Faks/HP :

Tempat & Tanggal Lahir : Di tgl-bln-thn - -

Status : ☐ Belum Menikah ☐ Menikah ☐ Janda/Duda ☐ Cerai ☐ Lainnya _____

Berat badan : Kg Tinggi badan: cm

DATA PINJAMAN *diisi oleh petugas Bank/Lembaga Keuangan

Jumlah Pinjaman (Uang Pertanggungan Awal) :

Jangka Waktu Pinjaman (Masa Pertanggungan) : Thn Suku Bunga Pinjaman: %

DEKLARASI (wajib diisi)

		Ya	Tidak
1.	Dalam 5 tahun terakhir, termasuk hari ini, apakah Anda pernah atau sedang dalam perawatan dokter atau menerima pengobatan atau mengalami pembedahan atau dirawat di rumah sakit?	☐	☐
2.	Apakah ada anggota keluarga (ayah/ibu/adik/kakak) yang menderita penyakit jantung, kanker, stroke, diabetes mellitus sebelum mencapai usia 60 tahun?	☐	☐
3.	Apakah Anda pernah menderita sakit atau sedang dalam perawatan dokter atau menerima pengobatan atau mempunyai keluhan/gejala-gejala atas penyakit-penyakit di bawah ini:	☐	☐
	a. Jantung, Stroke atau Gangguan Pembuluh Darah Otak, Nyeri Dada atau Penyakit Jantung, Tekanan Darah Tinggi	☐	☐
	b. Gagal ginjal, Hati(Liver), Lambung atau Usus (Saluran Cerna), Paru atau Saluran Pernafasan	☐	☐
	c. Diabetes Mellitus (Kencing Manis), Kelumpuhan atau Paralisis, Kanker atau Tumor atau AIDS	☐	☐
	d. Vertigo, Epilepsi,Kejang Demam, Nyeri Sendi (Rheumatism)	☐	☐
	e. Apakah Anda merokok? Bila Ya, berapa batang sehari? batang/bungkus	☐	☐
	f. Khusus Wanita Apakah Anda dalam kedaan hamil? Jika Ya, berapa bulan? bulan	☐	☐
4.	Apakah Anda melakukan/pernah melakukan olahraga yang berisiko tinggi (mendaki gunung, layang gantung, olahraga bermotor, menyelam, dll.) atau melakukan penerbangan selain sebagai penumpang pesawat komersial yang berjadwal?	☐	☐
5.	Pernahkah perusahaan asuransi lain menolak atau menerima permohonan Anda dengan kondisi khusus atau selama 3 tahun terakhir pernah mengajukan klaim pada asuransi manapun?	☐	☐

Apabila Anda menjawab "**YA**" untuk salah satu pertanyaan di atas, mohon berikan keterangan terperinci. Cantumkan nama dan lokasi pengobatan,lama perawatan serta sakit atau kecelakaan yang diderita, nama dokter yang merawat ataupun informasi lainnya yang relevan. Keterangan Anda kami jaga kerahasiaannya.

Keterangan *(Gunakan lembar kertas baru apabila diperlukan, bubuhkan tanda tangan & tanggal)*:

PERNYATAAN

1. Saya menyatakan, bahwa keterangan-keterangan tersebut di atas diberikan dengan sejujur-jujurnya dan saya mengetahui serta menyadari bahwa jika terdapat sesuatu hal yang dengan sengaja tidak diberitahukan atau tidak benar, maka PT MNC LIFE ASSURANCE berhak membatalkan perjanjian Asuransi atau menolak dan tidak membayar Klaim Manfaat Asuransi.
2. Saya memberikan kuasa kepada Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Perusahaan Asuransi, Institut yang berwenang dan Organisasi lain ataupun perorangan untuk memberikan keterangan mengenai riwayat kesehatan yang diperlukan oleh PT MNC LIFE ASSURANCE.
3. Copy dari kuasa ini sah dan berlaku seperti dokumen asli.
4. Dengan mengesampingkan pasal 1813 KUH Perdata maka pemberian kuasa ini tidak dapat dicabut/dibatalkan dan tetap berlaku meskipun Saya/Kami meninggal dunia. Faks atau fotokopi dari Pernyataan dan pemberian kuasa ini mempunyai kekuatan hukum yang sama kuat dan sah seperti aslinya.
5. Saya memberikan kuasa kepada pihak Bank untuk memberikan copy Perjanjian Pinjaman kepada PT MNC LIFE ASSURANCE dan saya telah membaca dan mengerti atas produk ini. Oleh karena itu, saya memahami seluruh manfaat & risiko yang ada pada produk ini.

TEMPAT & TANGGAL	*NAMA BANK OFFICER*	*CABANG*	*TANDA TANGAN & NAMA JELAS*

** Informasi mengenai komisi bank dapat dijelaskan lebih lanjut oleh tenaga penjual bank*
** Produk Asuransi yang ditawarkan bukan merupakan produk bank, sehingga seluruh kewajiban/kerugian yang mungkin terjadi bukan merupakan tanggung jawab bank*