

SURAT PERMOHONAN ASURANSI JIWA KREDIT

Nama : _____

No. KTP : _____ Jenis Kelamin: Pria Wanita

Alamat : _____
 _____ Kode pos: _____

No. Telepon/HP : _____ / _____ Email: _____

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

Status : Belum Menikah Menikah Janda/Duda Cerai Lainnya _____

Pekerjaan : _____ Tinggi Badan: _____ cm Berat badan: _____ Kg

Jumlah Pinjaman (Uang Pertanggungan Awal) : Rp _____

Jangka Waktu Pinjaman (Masa Pertanggungan) : _____ Tahun Suku Bunga Pinjaman: _____ % pertahun

JIKA ANDA MENJAWAB "YA", BERIKAN PENJELASAN PADA KOTAK DI BAGIAN BAWAH

	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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Apakah ada anggota keluarga (ayah/ibu/adik/kakak) yang menderita penyakit Jantung, Kanker, Stroke, Diabetes Mellitus sebelum mencapai usia 60 tahun?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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. Stroke atau Gangguan Pembuluh Darah Otak, Nyeri Dada atau Penyakit Jantung, Tekanan Darah Tinggi, Kelenjar Getah Bening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Gangguan Ginjal, Hati (Liver), Lambung, Limpa atau Usus (Saluran Cerna), Paru atau Saluran Pernafasan, Tyroid dan Kelenjar Endokrin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Diabetes Mellitus (Kencing Manis), Kelumpuhan atau Paralisis, Kanker atau Tumor, terinfeksi HIV atau menderita AIDS, Malaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Vertigo, Epilepsi, Kejang Demam, Nyeri Sendi (Rheumatism), Gangguan Jiwa, Penyakit Kelamin, Kelainan Darah, Autoimun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Apakah Anda merokok? Jika Ya, banyaknya _____ batang/hari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Khusus wanita, apakah Anda dalam keadaan hamil? Jika Ya, sebutkan usia kehamilan saat ini _____ bulan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 terjadwal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Apakah asuransi Anda pernah ditolak, ditunda, diterima dengan kondisi khusus (dikenakan tambahan/ekstra premi) atau selama 3 tahun terakhir pernah mengajukan klaim di perusahaan asuransi lain?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jika pernah/ sedang menderita sakit/kecelakaan, cantumkan jenis penyakit/cedera, nama dokter dan RS/Klinik tempat pengobatan, kapan dan lama perawatan, dan informasi relevan lainnya :

- Kondisi Kesehatan Yang Sudah Ada Sebelumnya** berarti segala penyakit, cidera atau kondisi yang secara langsung atau tidak langsung menyebabkan Peserta menjalani Rawat Inap dalam 12 (dua belas) bulan sebelum tanggal berlakunya asuransi atas namanya, atau menyebabkan Peserta didiagnosa, sedang dalam pengawasan Dokter atau mendapatkan pengobatan medis, diberikan resep pengobatan, atau berusaha mendapatkan nasihat medis atau berkonsultasi, sebelum tanggal berlakunya asuransi atas namanya.
- 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 ("Penanggung") berhak membatalkan perjanjian asuransi atau menolak dan tidak membayar klaim Manfaat Asuransi.
- Saya memberikan kuasa kepada Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Perusahaan Asuransi, Institusi yang berwenang dan Organisasi lain ataupun perorangan untuk memberikan keterangan mengenai riwayat kesehatan yang diperlukan oleh Penanggung.
- Dengan mengesampingkan pasal 1813 KUH Perdata maka pemberian kuasa ini tidak dapat dicabut/dibatalkan dan tetap berlaku meskipun saya meninggal dunia.
- Faksimili atau fotokopi dari pernyataan dan pemberian kuasa ini mempunyai kekuatan hukum yang sama kuat dan sah seperti aslinya.
- Saya memberikan kuasa kepada pihak Bank untuk memberikan fotokopi Perjanjian Pinjaman kepada Penanggung dan saya telah membaca dan mengerti produk ini. Saya juga telah memahami seluruh manfaat & risiko yang ada pada produk ini.
- Saya memahami dan telah mendapat penjelasan mengenai perhitungan besarnya pengembalian premi apabila dilakukan pelunasan kredit atau pinjaman sebelum Perjanjian Kredit berakhir. Saya telah mendapatkan informasi bahwa produk Asuransi Jiwa ini telah memperoleh surat penegasan dan/atau persetujuan dari Otoritas Jasa Keuangan (OJK) dan otoritas terkait lainnya.

TEMPAT & TANGGAL	NAMA BANK :	CABANG	TERTANGGUNG	TERTANGGUNG (PENDAMPING)
	NAMA BANK OFFICER:		TANDA TANGAN & NAMA JELAS	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