

**SURAT PERMINTAAN ASURANSI JIWA INDIVIDU SWAKADANA VI
KHUSUS DEBITUR BANK JUMLAH UANG PERTANGGUNGAN SAMPAI DENGAN Rp. 100.000.000,00**

(HARAP DIISI DENGAN HURUF CETAK DAN DIBERI TANDA SILANG (X) PADA KOLOM YANG TERSEDIA SESUAI JAWABAN)

I. DATA CALON TERTANGGUNG

Jenis Kartu Identitas (dilampiri copy) KTP/KITAS SIM Passport Nomor

Nama Sesuai Kartu Identitas

Tempat / Tanggal Lahir / - -

Jenis Kelamin Pria Wanita Status Perkawinan Belum Menikah Menikah Janda / Duda

Alamat

Kota Kode Pos

Propinsi

Nomor Telepon

Pekerjaan

II. KETERANGAN PRIBADI DAN KESEHATAN CALON TERTANGGUNG (WAJIB DIISI)

Tinggi / Berat Badan saat ini Cm Kg

Jika Jawaban YA, Jelaskan :

1 Apakah Anda pernah atau sedang menderita kencing manis, kencing batu, ginjal, jantung, darah tinggi, darah rendah, epilepsi, gangguan jiwa/ mental, sering pusing, sakit kepala/ vertigo, TBC, asma, sesak nafas, nyeri dada, hepatitis/lever, tumor, kanker, hiv/aids ?

Jawab : Ya Tidak Jika Ya, Jelaskan :

2 Apakah Anda melakukan pekerjaan berbahaya atau memiliki hobi olahraga berbahaya (pilot, awak pesawat, atlet, balap mobil, balap motor, terjun payung, mendaki gunung)?

Jawab : Ya Tidak Jika Ya, Jelaskan :

III. DATA PERTANGGUNGAN

BRINGIN SWAKADANA VI JUP TETAP JUP MENURUN

Tanggal Mulai Asuransi / Akad Kredit - - (tgl - bln - thn) Masa Asuransi Tahun

Jumlah Uang Pertanggungan

Premi

IV. NAMA PENERIMA SANTUNAN ATAU YANG DITUNJUK SEBAGAI PENERIMA MANFAAT ASURANSI BILA TERTANGGUNG MENINGGAL DUNIA

Nama	Jenis Kelamin L / P	Tanggal Lahir	Hubungan Dengan Calon Tertanggung	Keterangan Besarnya Bagian

V. PERNYATAAN CALON PEMEGANG POLIS DAN CALON TERTANGGUNG

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa :

- Saya menyadari bahwa jika ada sesuatu yang saya ketahui tetapi tidak saya beritahukan di atas atau saya dengan sengaja maupun tidak sengaja menjawab atau memberikan keterangan dengan tidak benar, maka PT. AJ. Bringin Jiwa Sejahtera berhak membatalkan pertanggungan atau menolak pembayaran manfaat asuransi.
- Selanjutnya, untuk data kesehatan Tertanggung yang telah dijawab oleh saya sebagai Tertanggung, saya memberi kuasa kepada Dokter, Rumah Sakit, Puskesmas, Badan Hukum baik perorangan maupun organisasi yang mempunyai catatan atau mengetahui kesehatan saya, baik selama hidup ataupun setelah meninggal dunia, untuk memberikan keterangan yang diperlukan kepada PT. AJ Bringin Jiwa Sejahtera mengenai keterangan diri dan kesehatan / riwayat penyakit saya.

VI. KETERANGAN TAMBAHAN SURAT PERMINTAAN ASURANSI JIWA (SPAJ)

- Pemegang Polis dapat membayar Premi setelah Polis di Akseptasi oleh PT AJ BRingin Jiwa Sejahtera untuk Penerbitan Polis
- Pemegang Polis Tidak diperbolehkan menitipkan Pembayaran Premi pada petugas Penjualan dan PT AJ BRingin Jiwa Sejahtera Tidak Bertanggung Jawab apabila terjadi penyalahgunaan Premi.

CATATAN UNDERWRITER

Tanggal - -

CALON PEMEGANG POLIS

Tanggal - -

CALON TERTANGGUNG

Tanggal - -

VI. PERNYATAAN FIELD UNDERWRITER / PENUTUP

Saya menyatakan, bahwa untuk semua keterangan dan jawaban-jawaban dari Calon Tertanggung yang dinyatakan dalam Surat Permintaan Asuransi Jiwa ini telah diberikan dengan lengkap dan benar, sesuai keadaan yang sebenar-benarnya dan saya telah jelaskan bilamana keterangan dan jawaban yang diberikan kemudian ditemukan tidak benar, akan berakibat ditolaknya permohonan asuransi jiwa ini atau batalnya perjanjian asuransi jiwa tanpa adanya kewajiban apapun dari Penanggung dan untuk itu saya juga telah melihat dan meneliti data-data pada copy kartu identitas yang disampaikan.

KELENGKAPAN DOKUMEN Copy Kartu Identitas

KODE SM

Tanggal - -

SPH (Surat Pengakuan Hutang) / Kwitansi kredit

KODE UM

Tanggal - -

Bukti setor premi

KODE FU

Tanggal - -