

## SURAT PERMINTAAN ASURANSI KREDIT

| DATA PRIBADI CALON TERTANGGUNG |   | DATA PINJAMAN & UANG PERTANGGUNGAN                                   |   |
|--------------------------------|---|--|---|
| Nama Lengkap                   | <input style="width: 100%;" type="text"/>                     |  |   |
| No.KTP/SIM/Passport            | <input style="width: 100%;" type="text"/>                     |  |   |
| Jenis Kelamin                  | <input type="checkbox"/> PRIA <input type="checkbox"/> WANITA |  |   |
| Tempat/Tgl.Lahir               | <input style="width: 100%;" type="text"/>                     |  |   |
| Alamat    Jalan/Blok           | <input style="width: 100%;" type="text"/>                     |  |   |
|                                | ( Tgl, Bln, Thn )   |  |   |
| Kelurahan                      | <input style="width: 100%;" type="text"/>                     |  |   |
| Kota dan Kode Pos              | <input style="width: 100%;" type="text"/>                     |  |   |
|                                |   | Pinjaman No.   | <input style="width: 100%;" type="text"/>   |
|                                |   | Jangka Waktu   | <input style="width: 100%;" type="text"/> Tahun <input style="width: 100%;" type="text"/> Bulan |
|                                |   | Uang Pertanggungan Rp.   | <input style="width: 100%;" type="text"/>   |
|                                |   | Premi Rp.  | <input style="width: 100%;" type="text"/>   |
|                                |   | Apakah sebelumnya Calon Tertanggung mempunyai Asuransi Jiwa Kresna ? |   |
|                                |   | <input type="checkbox"/> YA    Bila YA,                              | <b>No.Polis</b>   |
|                                |   | <input type="checkbox"/> TIDAK                                       | <b>Uang Pertanggungan</b>   |
|                                |   |  | <input style="width: 100%;" type="text"/>   |
|                                |   |  | <input style="width: 100%;" type="text"/>   |

| DATA PEKERJAAN CALON TERTANGGUNG |  |
|----------------------------------|--|
| Nama Perusahaan                  | <input style="width: 100%;" type="text"/>                    |
| Status & Jabatan                 | <input style="width: 100%;" type="text"/>                    |
| No. & Tgl.SK Pengangkatan        | <input style="width: 100%;" type="text"/>                    |
| Jenis Perusahaan                 | <input type="checkbox"/> BUMN <input type="checkbox"/> BUMNS |
| Alamat Perusahaan                | <input style="width: 100%;" type="text"/>                    |
|                                  | <input style="width: 100%;" type="text"/>                    |

| DATA YANG DITUNJUK UNTUK MENERIMA UANG PERTANGGUNGAN   |                          |   |   |
|--|--------------------------|---|---|
| No. Nama Lengkap Yang Ditunjuk   | P / W *)                 | Tgl.Lahir (Tgl, Bln, Tahun)               | Hubungan *)                               |
| 1. <input style="width: 100%;" type="text"/>   | <input type="checkbox"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| 2. <input style="width: 100%;" type="text"/>   | <input type="checkbox"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| <small>* Keterangan P/W :    P=Pria    W=Wanita<br/>           * Keterangan Hubungan dengan Calon Tertanggung : 1=Suami/Istri    2=Anak    3=Orang Tua    4=Saudara Kandung    5=Rekan Kerja    6=Debitur/Kreditur    7=Lainnya.</small> |                          |   |   |

| DATA KESEHATAN CALON TERTANGGUNG   |  |
|--|--|
| Tinggi Badan <input style="width: 50px;" type="text"/> cm  | Berat Badan <input style="width: 50px;" type="text"/> kg |
| Apakah ada perubahan berat badan lebih dari 3 kg dalam 12 bulan terakhir ? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak    Bila "Ya"    Bertambah <input style="width: 50px;" type="text"/> kg    Berkurang <input style="width: 50px;" type="text"/> kg |  |
| Jelaskan alasan / penyebabnya <input style="width: 100%;" type="text"/>  |  |

| PERTANYAAN - PERTANYAAN   | YA  | TIDAK                    | JIKA "YA", BERIKAN PENJELASAN PADA KOLOM INI                   |
|---|---|--------------------------|--|
| 1. Apakah Anda merokok selama 12 bulan terakhir   | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/>                      |
| 2. Apakah Anda pernah atau sedang menderita atau mendapatkan perawatan untuk penyakit : kanker, tumor, jantung dan pembuluh darah, tekanan darah tinggi, stroke atau gangguan fungsi otak, ginjal dan saluran kencing, kencing manis, penyakit hati termasuk hepatitis, saluran pencernaan, Paru - paru, TBC atau saluran pernafasan lainnya, sistem saraf, sistem otot tulang dan sendi, infeksi HIV/AIDS, kelenjar gondok, epilepsi, terluka parah, infeksi atau menyandang cacat fisik atau gangguan kesehatan jiwa atau keterbelakangan mental, kelainan bawaan, gangguan pendengaran atau penglihatan atau penyakit lain yang tidak disebutkan di atas ? | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/>                      |
| 3. Apakah Anda mempunyai kebiasaan atau pernah menggunakan narkotik atau obat - obatan atau alkohol, atau pernah dirawat / mendapat nasihat Dokter karena hal tersebut atau mempunyai hobi atau kebiasaan berbahaya seperti mendaki gunung, terjun payung, arum jeram, balap motor atau olahraga lainnya yang mengandung resiko ?   | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/>                      |
| 4. <b>Hanya diisi oleh Calon Tertanggung Wanita</b>   |   |                          |  |
| a. Apakah Anda saat ini sedang Hamil ?  | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | Usia Kehamilan <input style="width: 50px;" type="text"/> bulan |
| b. Bagaimana kondisi kehamilan Anda saat  | <input style="width: 100%;" type="text"/> |                          |  |

| PERNYATAAN CALON TERTANGGUNG  |
|---|
| 1. Saya menyatakan bahwa saat ini saya dalam kondisi sehat dan tidak dalam perawatan dokter / ahli kesehatan / Rumah Sakit.   |
| 2. Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan memahami semua pertanyaan dan mengisi kolom isian tersebut dengan benar   |
| 3. Saya menyadari bahwa keterangan ini dan atau setiap pemeriksaan kesehatan serta formulir tambahan yang diperlukan berikut perubahannya (jika ada) merupakan dasar dari penerbitan Pertanggungan dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari padanya.  |
| 4. Saya memberikan Kuasa kepada setiap Dokter/ Rumah Sakit / Klinik/ Puskesmas /Laboratorium, Perusahaan Asuransi, Badan, Instansi/Lembaga atau pihak lain untuk memberikan catatan riwayat kesehatan saya. Kuasa ini merupakan hal yang tidak terpisahkan dari Surat Pengajuan Kepesertaan ini dan akan mengikat saya, ahli waris dan keluarga saya. |
| 5. Saya mengerti dan menyetujui bahwa Penanggung tidak akan membayarkan manfaat asuransi apabila terbukti dikemudian hari bahwa pernyataan dan keterangan yang saya berikan tidak sesuai dengan kondisi sebenarnya.   |
| 6. Pemohon bersedia menerima informasi atau promosi produk lainnya dari PT. Asuransi Umum Bumida 1967 :   |
| YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/>  |
| 7. Pemohon bersedia memberikan data informasi pribadi kepada pihak ketiga :   |
| YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/>  |

Ditandatangani di, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Tanda Tangan Peng.Polis & Stempel

Tanda Tangan & Nama Calon Tertanggung.

Tanda tangan & Nama Agen Penutup.