

Bismillaahirrahmaanirrahiim

***Diisi dengan tulisan tangan dan tidak dapat diwakilkan**
No. Seri: BC
Data Calon Peserta

- Nama Lengkap : _____ (sesuai identitas yang dilampirkan)
- Tempat, Tanggal Lahir (DD-MM-YYYY) : _____ / _____ / _____ Jenis Kelamin Pria Wanita
- No. KTP/SIM/Passport : _____
- Pekerjaan/Jenis Usaha : _____ Jabatan _____
- Alamat Tempat Tinggal : _____ Kode Pos _____
- Alamat Pekerjaan / Tempat Usaha : _____ Kode Pos _____
- Nomor Telepon : Kantor _____ / _____ Rumah _____ / _____
HP _____ / _____
- Alamat Email : _____
- Nama Penerima Manfaat : a. Pemegang Polis _____
b. Ahli Waris _____ Hubungan _____
- Sumber Penghasilan : Gaji Bisnis Profesional Lainnya _____
- Jumlah Penghasilan Per Tahun : IDR _____

Data Asuransi

- Tujuan pembiayaan : KPR KKB Modal Usaha Mikro KTA Lainnya _____
- Jumlah pembiayaan awal : IDR _____
- Jenis pembiayaan : Menurun Flat/Tetap Lainnya _____
- Tingkat margin pembiayaan : _____ %
- Lama dan masa perjanjian : _____ Bulan Mulai Tanggal _____ / _____ / _____ s/d _____ / _____ / _____

Data Kesehatan Calon Peserta

Isilah Data Kesehatan Calon Peserta dengan sebenar-benarnya karena akan dijadikan sebagai pernyataan peserta.

- | | | |
|--|---|--|
| 1. Tinggi dan Berat Badan: Tinggi Badan _____ cm Berat Badan _____ kg | Beri tanda (√) Ya Tidak | Jika "Ya" harap dijelaskan diagnosa dokter kapan (tanggal) dan berapa lama sakit |
| 2. Apakah berat badan Anda dalam 1 tahun terakhir ini naik atau turun melebihi 5 kilogram? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | _____ |
| 3. Apakah saat ini Anda dalam kondisi sehat? Jika "Tidak", jelaskan kondisi saat ini: | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | _____ |
| 4. Apakah Anda seorang perokok? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | _____ batang per hari |
| 5. Apakah Anda sedang/pernah menjalani konsultasi/rawat inap/operasi/biopsi/pemeriksaan lab/rontgent/EKG /Treadmill/USG/CT Scan/MRI/Pemeriksaan lain atau membutuhkan obat-obatan dalam waktu yang lama? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | _____ |
| 6. Apakah Anda pernah minum minuman beralkohol, menggunakan obat penenang, obat bius, narkotik, atau obat terlarang? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | _____ per hari |
| 7. Khusus untuk Peserta wanita: Apakah saat ini Anda dalam keadaan hamil? Jika "Ya" mohon sebutkan berapa bulan dan melampirkan hasil pemeriksaan kehamilan. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | _____ bulan |
| 8. Apakah Anda sedang atau pernah menderita atau pernah diberitahu atau dalam konsultasi/perawatan/pengobatan/pengawasan medis atau alternatif sehubungan dengan salah satu atau beberapa penyakit/gangguan pada: (jika "Ya", mohon melampirkan kuesioner terkait) | Ya Tidak | Ya Tidak |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kuning/hepatitis, kelainan hati lainnya, kelainan kandung empedu | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kencing manis/diabetes/gula darah |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ayan/epilepsi, lumpuh, vertigo, sering sakit kepala, stroke, atau penyakit syaraf lainnya | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kencing darah/nanah, sifilis, AIDS, atau yang berhubungan dengan AIDS/penyakit kelamin |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kista, tumor, dan semua jenis kanker | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anemia, leukimia, thalassemia dan kelainan darah lainnya |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Batuk kering, TBC, bronchitis, sesak nafas, asma, batuk darah | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gangguan mental/jiwa |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kelainan jantung dan darah tinggi | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Penyakit lainnya yang belum disebutkan di atas |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kencing batu, ginjal, prostat, infeksi ginjal | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |

Pernyataan Calon Peserta

Dengan ini saya sebagai Calon Peserta atas nama diri sendiri, perusahaan atau badan hukum yang mungkin mempunyai kepentingan atau tuntutan terhadap asuransi ini, menyatakan bahwa:

- Saya telah membaca dan menjawab semua pertanyaan dalam formulir ini dan atau keterangan pribadi dengan lengkap dan benar. Saya memahami bahwa keterangan yang diberikan ini merupakan dasar perjanjian asuransi saya dan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis.
- Semua keterangan dalam formulir ini adalah benar. Apabila pernyataan yang saya buat dalam formulir ini tidak benar atau palsu atau sengaja dipalsukan, maka Perusahaan Asuransi (selanjutnya disebut Perusahaan), berhak membatalkan perjanjian asuransi yang telah berjalan dan Perusahaan dibebaskan dari segala kewajibannya untuk membayar klaim yang timbul.
- Asuransi ini belum berlaku walaupun pembayaran kontribusi telah dilakukan baik secara penuh maupun sebagian, kecuali jika Perusahaan telah menyetujui secara tertulis permohonan asuransi saya.
- Dengan menandatangani formulir ini, saya memberikan kuasa kepada Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Perusahaan Asuransi lain dan organisasi lain ataupun perorangan yang mempunyai catatan data atau mengetahui keadaan kesehatan saya untuk memberitahukan kepada Perusahaan atau orang yang mewakilinya, segala keterangan mengenai diri saya yang berhubungan dengan kesehatan, riwayat pengobatan atau perawatan di rumah sakit, nasihat-nasihat dokter, atau penyakit yang pernah diderita, serta penyebab meninggal apabila saya meninggal dunia.
- Apabila jawaban atau isian dari formulir ini bukan tulisan saya, saya setuju bahwa Perusahaan akan menerimanya sebagai tulisan tangan saya, dengan saya menandatangani formulir ini dan saya bertanggungjawab atas isian dalam formulir ini.
- Tiada pernyataan, keterangan ataupun persetujuan yang diberikan oleh seseorang termasuk agen asuransi yang dapat mengikat Perusahaan kecuali apabila diberikan secara tertulis dan disahkan oleh Petugas Perusahaan sebagaimana tercantum dalam Polis.

Ditandatangani di _____ Tanggal _____

 Yang Menyatakan,
Calon Peserta

 Mengetahui,
Pemegang Polis

Nama Jelas

Nama Jelas & Cap Lembaga

Diisi oleh Pejabat Berwenang Perusahaan (Underwriter)

 Keputusan Underwriter Ditolak _____
 Tanggal _____ Diterima _____
 Diterima dengan kondisi _____

 Underwriter