

**1. DATA CALON PESERTA**

- Nama Lengkap	:	
- Tempat & Tanggal Lahir	:	
- Alamat Tempat Tinggal	:	
- Pekerjaan	:	
- Instansi Tempat Kerja	:	
- Nomor Telepon	:	

Pria     Wanita

KTP     SIM     Passport

No. ....

**2. DATA PERMINTAAN ASURANSI**

- Uang Pertanggungan	:	Rp
- Masa Asuransi	:	
- Premi Asuransi	:	Rp
- Cara Bayar Premi	:	<input type="checkbox"/> Tunggal <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Semesteran <input type="checkbox"/> Triwulanan <input type="checkbox"/> Tunggal

Asuransi Kredit Cicilan Bulanan

Asuransi Kredit Cicilan Annuitas

Asuransi Ekawaktu Proteksi Kredit

Asuransi .....

**3. Data Pembiayaan & Keuangan**

- Jumlah Pinjaman	:	Rp
- Tujuan Pinjaman	:	
- Penghasilan Tetap / Thn	:	Rp
- Penghasilan Tambahan	:	Rp
- Pengeluaran Rutin / Thn	:	Rp

Pinjaman Baru

Pinjaman Ke - .....

Top Up

**4. KETERANGAN KESEHATAN ( Diisi oleh Calon Peserta )**

NO	PERTANYAAN	JAWABAN
1.	Apakah Anda sekarang dalam keadaan sehat ? Jika " <b>TIDAK</b> ", jelaskan !	
2.	Dalam 2 tahun terakhir, apakah Anda pernah dioperasi / dirawat di rumah sakit atau menjalani pengobatan / perawatan yang membutuhkan obat-obatan dalam masa yang lama ? Jika " <b>YA</b> ", jelaskan !	
3.	Dalam 2 tahun terakhir, apakah Anda pernah atau sedang menderita penyakit : Asma, Cacat, Tumor / Kanker, TBC, Kencing Manis, Hati, Ginjal, Jantung, Stroke, Tekanan Darah Tinggi, Epilepsi, Gangguan Jiwa, Keterbelakangan Mental atau Idiot ? Jika " <b>YA</b> ", sebutkan dan jelaskan !	
4.	<b>Khusus Wanita</b> , apakah Anda sedang dalam keadaan hamil ? Jika " <b>YA</b> ", berapa minggu usia kandungan Anda sekarang ?	
5.	<b>Riwayat Keluarga</b> Apakah diantara orang tua / saudara kandung Anda ada yang pernah atau sedang menderita penyakit : Asma, TBC, Epilepsi, Kanker, Gangguan Jiwa, Kencing Manis, Stroke, Jantung, Hati, Ginjal, Tekanan Darah Tinggi, atau penyakit lainnya ? Jika " <b>YA</b> ", sebutkan dan jelaskan !	
6.	Apakah Anda seorang kidal ?	
7.	Apakah diantara orang tua / saudara kandung Anda ada yang pernah melakukan percobaan bunuh diri ? Jika " <b>YA</b> ", siapa dan jelaskan !	
8.	Apakah Anda seorang perokok ? Jika " <b>YA</b> ", berapa batang per hari dan sudah berapa lama ?	
9.	Pernahkah berat badan Anda bertambah atau berkurang > 5 kg dalam 12 bulan terakhir ? Jika " <b>YA</b> ", jelaskan !	
10.	Berapakah tinggi badan dan berat badan Anda sekarang ?	TB : ..... Cm dan BB : ..... Kg

**5. DATA ASURANSI ( Diisi oleh Calon Peserta )**

PERTANYAAN	JAWABAN
Apakah Anda dalam masa pengcoveran Asuransi Jiwa oleh AJB Bumiputera 1912 ? Jika " <b>YA</b> ", berapa besarnya Uang Pertanggungan yang masih berlaku ?	

**6. PERNYATAAN**

- a. Pernyataan ini saya buat sesuai dengan keadaan yang sebenarnya dan saya menyatakan jika ada keterangan yang tidak benar, maka AJB Bumiputera 1912 berhak membatalkan perjanjian asuransi saya dan dibebaskan dari kewajiban membayar apapun.
- b. Saya menyetujui dan memberikan ijin kepada AJB Bumiputera 1912 untuk dapat meminta data-data riwayat kesehatan saya di BPJS Kesehatan / rumah sakit / klinik / puskesmas / dokter / instansi kesehatan lainnya berdasar UU Kesehatan No. 36 Thn 2009 Pasal 57 ayat 2.
- c. Dalam hal saya terbukti sebagai penderita HIV / AIDS, maka AJB Bumiputera 1912 dibebaskan dari kewajiban untuk membayar apapun.
- d. Segala bentuk copy dari pernyataan ini sama kuatnya dan sah seperti aslinya dan merupakan pernyataan yang menjadi satu kesatuan yang tidak terpisahkan dari polis.

....., ..... 20....

Mengetahui ( Pemegang Polis ) ,	Yang Memberikan Pernyataan ( Calon Peserta ) ,
Ttd, Nama Terang, dan Cap Stempel Perusahaan	Ttd dan Nama Terang

>> Harap Diisi dengan Tulisan Tangan