

- | | | |
|--|-----|-----|
| b. Kencing Manis atau Diabetes | [] | [] |
| c. Epilepsi atau Ayan, Vertigo | [] | [] |
| d. Kanker atau Tumor | [] | [] |
| e. Gangguan Hati, Gangguan Empedu, Hepatitis, Pankreas, Lambung dan Usus/Saluran Cerna | [] | [] |
| f. Kelainan Ginjal, Saluran Kemih | [] | [] |
| g. Kelainan Tulang dan Sendi, Kelumpuhan atau Paralysis | [] | [] |
| h. Kelainan Darah, Kelainan Pembuluh Darah | [] | [] |
| i. Kelainan Hormonal | [] | [] |
| j. Asma, TBC, Gangguan Pernafasan atau Paru-paru | [] | [] |
| k. HIV dan AIDS | [] | [] |
| l. Kelainan Bawaan | [] | [] |
| m. Lain-lain (tolong disebutkan) | [] | [] |

Bila salah satu jawaban di atas "YA" mohon dapat dijelaskan.

PERNYATAAN DAN KUASA

Saya, atas nama diri sendiri sebagai calon Pemegang Polis atau calon Tertanggung atau pihak lain yang berkepentingan dalam asuransi ini, menyatakan bahwa :

- Saya telah mendapatkan penjelasan langsung dari Agen PT Asuransi Jiwa Tugu Mandiri dan saya telah memahami dan mengerti manfaat produk serta menyetujui untuk membeli produk ini tanpa ada paksaan dari pihak manapun.
- Saya telah membaca dan memberikan keterangan, jawaban dalam Surat Permintaan Asuransi Jiwa, kuesioner, pemeriksaan kesehatan dan formulir lainnya yang berkaitan dengan pengajuan asuransi ini dengan benar, jujur dan beritikad baik, sebagaimana saya ketahui dan yakini keterangan yang saya berikan merupakan dasar yang tidak dapat dipisahkan dari Polis Asuransi yang diterbitkan oleh PT Asuransi Jiwa Tugu Mandiri (selanjutnya disebut "Perusahaan").
- Saya menyetujui bahwa Asuransi ini mulai berlaku sesuai yang tercantum dalam Polis dan saya menyetujui sepenuhnya ketentuan yang tercantum dalam Syarat-syarat Umum Polis ini. Apabila dikemudian hari ternyata ada keterangan dan atau jawaban yang tidak benar atau saya palsukan, maka saya setuju Asuransi ini menjadi BATAL dan karenanya membebaskan Perusahaan dari segala kewajiban pembayaran klaim.
- Premi yang disetorkan adalah uang yang diperoleh secara sah dan tidak bertentangan dengan perundang-undangan yang berlaku dan saya menyetujui bahwa Polis ini yang akan diterbitkan Perusahaan berisi ketentuan - ketentuan yang dibuat oleh Perusahaan sesuai dengan Program Asuransi yang saya ajukan dan saya menyetujui setiap perubahan yang akan ada pada Asuransi tersebut harus diberikan secara tertulis dan disahkan oleh pejabat Perusahaan yang berwenang.
- Saya bersedia membayar kepada Perusahaan atas semua biaya pemeriksaan kesehatan dan biaya administrasi, apabila dikemudian hari saya membatalkan permohonan asuransi karena sebab apapun.

Selanjutnya dengan ini Saya memberikan kuasa kepada :

Setiap dokter, Rumah Sakit atau sarana kesehatan lainnya, perusahaan asuransi, badan hukum serta organisasi lainnya maupun perorangan yang mempunyai catatan atau mengetahui kondisi kesehatan saya, termasuk riwayat pengobatan atau perawatan saya baik selama masih hidup maupun telah meninggal dunia kepada Perusahaan atau pihak lain yang diberi kuasa oleh Perusahaan dan Kuasa ini tidak dapat ditarik kembali dan oleh karenanya mengikat kepada saya dan setiap orang yang memiliki hubungan dengan saya dalam pertanggungangan/asuransi ini dan ini tetap berlaku walaupun saya telah meninggal dunia. Fotokopi dari kuasa ini juga berlaku sah dan mempunyai kekuatan hukum yang sama dengan aslinya.

HARAP DIBACA DENGAN TELITI SEBELUM DITANDATANGANI DAN JANGAN MENANDATANGANI PERMOHONAN INI JIKA MASIH DALAM KEADAAN KOSONG ATAU JIKA PERTANYAAN YANG BELUM DIJAWAB

Dibuat dan ditandatangani di :

Tanggal :

Disaksikan oleh :

Calon Pemegang Polis,

Calon Tertanggung/Orang tua
mewakili calon Tertanggung anak

(.....)
Leader / Pemberi Referensi

(.....)

(.....)

Agen Penutup,

Diterima oleh,
PT Asuransi Jiwa Tugu Mandiri

(.....)

(.....)

No. Agen :

CHECK LIST KELENGKAPAN BERKAS

Fotokopi KTP / Akta Kelahiran calon Tertanggung

ilustrasi

Bukti Transfer Pembayaran Premi

