

MPMy Life
Formulir Aplikasi Penutupan Asuransi Jiwa

JENIS PENUTUPAN YANG DI KEHENDAKI:

- Pilih Satu Saja Individu Gabungan / Kelompok (Max 5 org termasuk Peserta Utama)
- Jumlah kartu yang dibeli : _____ Kartu

DATA CALON PESERTA UTAMA:

Nama Lengkap Peserta (Sesuai KTP) : _____

Tempat & Tanggal Lahir : _____, ____/____/____ max. usia masuk 64 tahun

Alamat (sesuai KTP) : _____

Alamat Tempat Tinggal (jika tidak sama dengan KTP) : _____

No. Telephone / Fax : _____ (T) _____ (HP) _____ (Fax)

Email : _____

Nomor KTP/NIK : _____

Peserta Tambahan Jika Jenis Penutupan Gabungan / Kelompok:

No	Name Lengkap Sesuai KTP	Tempat & Tanggal Lahir	No. KTP / NIK	Hubungan dengan Peserta Utama
1				
2				
3				
4				

* Peserta dibawah 17 tahun (yang belum memiliki KTP) melampirkan KTP/NIK/KK orang tua/wali

KONDISI KESEHATAN CALON PESERTA:

Pilih Satu Saja

1. Apakah Saudara sekarang dalam keadaan sehat?

YA TIDAK _____ (Sebutkan namanya)

Jika jawaban Saudara adalah "Tidak" maka aplikasi ini dibatalkan

AKAD:

- Saya dan/atau keluarga bersedia setuju untuk mengikuti program Asuransi Jiwa yang di kelola oleh PT. Asuransi Jiwa Syariah Jasa Mitra Abadi ("Asuransi") melalui PT Mitra Proteksi Madani Insurance Brokers ("MPM – Pialang Asuransi") yang mana Kontribusi (Premi) saya sebesar Rp. 50,000 (Lima Puluh Ribu Rupiah) akan dikelola oleh pihak Asuransi;
- Apabila aplikasi saya disetujui oleh pihak Asuransi maka saya akan tunduk kepada syarat dan ketentuan yang berlaku terkait penjaminan Asuransi Jiwa yang dimaksud;
- Saya mengerti bahwa kontribusi yang dikelola oleh PT. Asuransi jiwa Syariah Jasa Mitra Abadi diperuntukan sebagai dana tabarru' untuk tujuan tolong menolong Rp. 25,000 dan biaya pengelolaan (ujrah) Rp. 25,000;
- Saya dan/atau keluarga mengerti bahwa penjaminan Asuransi Jiwa yang dimaksud baru sah dan efektif setelah pengajuan disetujui/akseptasi oleh PT. Asuransi jiwa Syariah Jasa Mitra Abadi dan sebelum disetujui/akseptasi ahli waris tidak dapat mengajukan klaim.

PERNYATAAN:

Keterangan diatas saya dan/atau keluarga buat dengan sebenar-benarnya, jika dikemudian hari ditemukan hal-hal yang tidak benar, tidak sesuai aplikasi ini dan/atau menyimpang dari syarat & ketentuan yang berlaku, maka PT. Asuransi Syariah Jasa Mitra Abadi berhak menolak klaim yang diajukan dan tidak ada pengembalian kontribusi.

Tanda Tangan Calon Peserta

(Nama Jelas: _____)
_____, _____ 2017

*) Copy KTP dilampirkan
Peserta dibawah 17 tahun (yang belum memiliki KTP) melampirkan KTP/NIK/KK orang tua/wali