

SURAT PERMOHONAN PENUTUPAN ASURANSI PERSONAL SAFE

Data Umum

1	Nama Pemohon	L / P*		
2	Tempat dan Tanggal Lahir			
3	Alamat	Kode Pos :		
5	Nomor Telepon	Rumah		
		Kantor		
		HP		
6	Pekerjaan			
7	Nama dan Alamat Kantor	Kode Pos :		

Data Medis

1	<p>Apakah Pemohon pernah menderita penyakit atau kecelakaan yang menyebabkan Pemohon harus menjalani rawat inap di rumah sakit?</p> <p>Jika Ya, mohon dijelaskan dalam tabel berikut</p>	Ya / Tidak*			
	Jenis Penyakit/Kecelakaan	Tahun	Tempat Perawatan	Lama Perawatan	Ada Operasi ?
					Ya / Tidak*
					Ya / Tidak*
					Ya / Tidak*
					Ya / Tidak*
2	<p>Apakah Pemohon memiliki kelainan / cacat baik secara fisik maupun mental ?</p> <p>Jika Ya, mohon diberikan penjelasan secara lengkap.</p>	Ya / Tidak*			
3	<p>Apakah Pemohon memerlukan kacamata dalam menjalankan aktivitasnya ?</p> <p>Jika Ya, berapa jumlah minus / plus dari kacamata tersebut, dan sejak kapan digunakan ?</p>	Ya / Tidak*			

Data Aktivitas dan Pekerjaan		
------------------------------	--	--

1	Apakah Pemohon menggunakan sepeda motor dalam menjalankan aktivitasnya ?	Ya / Tidak*
2	Berapa kali rata-rata Pemohon menggunakan pesawat udara dalam satu tahun ? (pilih salah satu)	a. 1 – 4 kali b. 5 – 8 kali c. lebih dari 8 kali
3	Berapa kali rata-rata Pemohon menggunakan kapal laut dalam satu tahun ? (pilih salah satu)	a. 1 – 4 kali b. 5 – 8 kali c. lebih dari 8 kali
4	Apakah Pemohon menjalani aktivitas / profesi yang disebutkan di bawah ini ? a. Penerbang penguji b. Pengemudi penguji c. Angkatan bersenjata / kepolisian d. Buruh pelabuhan e. Pekerja tambang f. Awak kapal laut g. Awak pesawat udara h. Olahragawan/ti profesional i. Pekerja pabrik petrokimia	Ya / Tidak* Ya / Tidak* Ya / Tidak* Ya / Tidak* Ya / Tidak* Ya / Tidak* Ya / Tidak* Ya / Tidak* Ya / Tidak* Ya / Tidak*

Data Pertanggungan		
--------------------	--	--

1	Nilai Pertanggungan yang diinginkan	
2	Lingkup geografis	Seluruh Indonesia / Dunia*
2	Ahli Waris	
3	Hubungan dengan Pemohon	Kode Pos :
4	Apakah Pemohon telah memiliki Polis lain untuk jenis Pertanggungan ini? Jika Ya, mohon berikan nama Penanggung dan besarnya Nilai Pertanggungan	Ya / Tidak*

Yang bertanda tangan dibawah ini :

- menyatakan bahwa keterangan tersebut di atas dibuat dengan sejujurnya dan sesuai dengan keadaan sebenarnya menurut pengetahuan saya atau yang seharusnya saya ketahui;
- menyadari bahwa keterangan tersebut akan digunakan sebagai dasar dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari polis yang akan diterbitkan, oleh karenanya ketidakbenarannya dapat mengakibatkan batalnya pertanggungan dan ditolaknya setiap klaim oleh Penanggung;
- mengerti bahwa pertanggungan yang diminta ini baru berlaku setelah mendapat persetujuan tertulis dari Penanggung.

.....
Pemohon

()

* Coret yang tidak perlu

PT. Asuransi Recapital
Gedung Recapital Lantai 6 - Jl. Adityawarman No. 55 Jakarta 12160
Telepon : (021) 7261050; Faksimil : (021) 7261068