

**SURAT PERMOHONAN PENUTUPAN ASURANSI
KECELAKAAN PRIBADI**



**PT. (Persero) Asuransi Ekspor Indonesia
Indonesia Export Credit Insurance**

Cabang Jakarta
Gd. Adhi Graha Lt. 18, Jl. Jend. Gatot Subroto Kav. 56, Jakarta 12950
Tel. (62-021) 5277979 Fax: (62-021) 5793 0682, 5793 0683

NO. POLIS :	JENIS PERTANGGUNGAN	KODE RISIKO	JUMLAH PERTANGGUNGAN	TARIP PREMI
Tgl. Berlaku :	1. Meninggal Dunia	A		
Dari :	2. Cacat Tetap	B		
Sampai :	3. Cacat Sementara	C		
(Jam : 12.00)	4. Biaya Pengobatan	D		

Nama Lengkap Tertanggung	:	
Alamat Rumah Tertanggung	:	
Tempat dan Tanggal Lahir	:	
Jenis Kelamin	:	<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita
Status	:	<input type="checkbox"/> Menikah <input type="checkbox"/> Belum menikah
Pekerjaan (Uraian secara Ringkas)	:	
Hobby	:	
Nama Lengkap Ahli Waris & Hubungannya	:	
Alamat Lengkap	:	

Apakah anda mempunyai Asuransi Kecelakaan, Pengobatan atau Jiwa pada Perusahaan ini/lain : Jika "Ya", berikan penjelasan.	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
--	-----------------------------	--------------------------------

<u>PERUSAHAAN</u>	<u>JENIS</u>	<u>JUMLAH</u>	<u>JANGKA WAKTU</u>
-------------------	--------------	---------------	---------------------

Pernahkah Asuransi, Jiwa, Kecelakaan, Pengobatan atau Jiwa anda ditolak, dibatalkan, dikeluarkan selain dari yang dimohon ini atau penolakan perpanjangan ? Jika "Ya", berikan penjelasan.	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
---	-----------------------------	--------------------------------

Apakah anda melakukan suatu pekerjaan atau olah raga berbahaya ? Jika "Ya", berikan penjelasan.	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
--	-----------------------------	--------------------------------

Apakah Pendengaran atau Penglihatan anda terganggu ? Jika "Ya", berikan penjelasan.	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
--	-----------------------------	--------------------------------

A. Pernahkah anda mendapatkan perawatan ataupun diberitahu bahwa anda mempunyai Penyakit Jantung, TBC, Kencing Manis, Penyakit Kelamin, Gangguan Mental, Luka, Sakit Pinggang dll	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
B. Sejak 5 tahun terakhir, pernah anda menderita suatu penyakit atau menerima pengobatan atau perawatan operasi atau nasehat dokter ? Jika anda menjawab (A) atau (B) "Ya", berikan penjelasan selengkapnya.	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak

<u>Data2 atau Sebab2</u>	<u>Tanggal Kejadian</u>	<u>Jangka Waktu</u>	<u>Hasil</u>
--------------------------	-------------------------	---------------------	--------------

Apakah anda sering bepergian untuk dinas?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
---	-----------------------------	--------------------------------

- Keterangan-keterangan tersebut diatas dibuat dengan sejujur-jujurnya dan sesuai dengan keadaan sebenarnya dan akan digunakan sebagai dasar serta merupakan bagian dari Polis yang diterbitkan.
- Pertanggung jawaban ini baru berlaku setelah mendapat pemberitahuan persetujuan dan Penanggung.
- Apabila peserta yang akan di asuransikan cukup banyak sebaiknya dibuat daftar tambahan sebagai lampiran dari proposal ini.

Tanggal :	Tanda Tangan Pemohon : ()	Marketing ASEI :
Telp. :		Sumber Bisnis :
Fax :		<input type="checkbox"/> Direct : <input type="checkbox"/> Agen/Broker: