

SURAT PERMINTAAN PENUTUPAN ASURANSI KECELAKAAN DIRI (SPPAKD)

A. Data Pemegang Polis

Nama pemohon :		Hubungan dengan tertanggung :	
Alamat pemohon :		Email :	Fax :
Kota :	Kode pos :	Telp :	Handphone :

B. Data Tertanggung

Nama lengkap :		Jenis Kelamin :	
Alamat sekarang :		No KTP : <i>(fotocopy dilampirkan)</i>	
		Tgl lahir: / /	Usia : tahun
		Kidal (Ya/Tidak)*	Telp :
		Email :	Handphone:
Kota :	Kode pos :	Jenis Pekerjaan :	Jabatan/posisi :

C. Jenis Jaminan

Jenis Jaminan	Nilai Pertanggungan
Jaminan A : Jaminan atas kematian karena kecelakaan	
Jaminan B : Jaminan cacat tetap sebagian atau keseluruhan akibat kecelakaan	
Jaminan C : Jaminan biaya perawatan & pengobatan akibat kecelakaan	
Jaminan Perluasan	Perluasan pembunuhan dan penganiayaan (Ya/Tidak)*

Keterangan tertanggung	Ya	Tidak	Jelaskan bila "Ya"
1. Apakah anda mempunyai Asuransi Kecelakaan, Pengobatan atau Jiwa pada Perusahaan lain?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Pernahkah Asuransi Kecelakaan, Pengobatan atau Jiwa Anda ditolak, dibatalkan, dikeluarkan selain dari yang dimohon ini atau ditolak perpanjangannya?			
3. Apakah Anda melakukan suatu Pekerjaan atau olah raga yang berbahaya? (Bab II Pasal 4 Ayat 1.2 dari Polis PSAKDI 2007) atau lainnya yang memiliki unsur bahaya setara.			
4. Apakah pendengaran atau penglihatan Anda terganggu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Pernahkah Anda mendapatkan perawatan ataupun pernah diberitahu bahwa Anda mempunyai penyakit Jantung, TBC, Kencing Manis, Penyakit kelamin, Gangguan Mental, Luka atau Sakit pinggang akut (lumbago), AIDS dan lain-lain?			
6. Sejak lima tahun terakhir, pernahkah Anda menderita suatu penyakit atau menerima pengobatan atau menjalani operasi?			

D. Jangka Waktu Pertanggungan

Mulai dari tanggal	s/d	: Pukul 12 siang waktu setempat di mana obyek pertanggungan berada
--------------------	-----	--

E.. Ahli Waris

No	Nama Lengkap	Hubungan dengan tertanggung	Alamat/telp

F. Pernyataan

