



PT Asuransi Umum Bumiputera Muda 1967

Kantor Pusat :

Jl. Wolter Monginsidi No. 63, Kebayoran Baru Jakarta 12180

Tlp : (021) 7222685 (Hunting), 7250685

Fax : (021) 7222723, 7222708

Website : www.bumida.co.id

SURAT PERMINTAAN ASURANSI KESEHATAN

MOHON DAPAT DIISI DENGAN BENAR, KESALAHAN DALAM PENGISIAN

DAPAT MENAKIBATKAN PERTANGGUNGAN INI BATAL

Nasabah Perorangan :

- a. Nama Nasabah :
- b. Tempat/Tanggal Lahir :
- c. Jenis Kelamin :
- d. Alamat & Kode Pos :
- e. No. Telepon Rumah & No. HP :
- f. E-mail :
- g. Jenis Pekerjaan :
- h. Sumber Penghasilan (bulanan/tahun) :

Nasabah Koperasi :

- a. Nama Koperasi :
- b. Alamat & Kode Pos :
- c. Nama Direksi /Pemegang Kuasa :
- d. No. Telp.Kantor & E-mail :

e. Jenis Usaha :

f. Nomor NPWP & SIUP/TDP :

Jenis Asuransi yang di inginkan :

Asuransi Kesehatan Individu

Asuransi Kesehatan Keluarga

Asuransi Kesehatan Group

Nama lengkap permohonan

Alamat

Telepon Rumah/Kantor

Tanggal Dimulainya Asuransi

Data Diri yang hendak dipertanggungkan

No.	Nama Lengkap	*	Tgl.Lahir	No.KTP/Paspor	Pria	Wanita	Pekerjaan	Tinggi	Berat	Tingkat Jaminan

*Hubungan I = Istri P = Pemohon A = Anak
lainnya

**Tingkat jaminan yang dipilih oleh yang hendak dipertanggungkan

Tidak dapat melebihi si Pemohon

DAFTAR PERNYATAAN

1. Apakah diantara yang hendak dipertanggungkan memiliki asuransi Kesehatan atau kecelakaan, termasuk asuransi tenaga kerja/ASTEK Atau Asuransi Jiwa ?

Ya Tidak

1

2. Apakah diantara yang hendak dipertanggungkan permohonan

2

asuransi kesehatan,kecelakaan atau jiwanya pernah di tolak atau polisnya di batalkan,di tolak perpanjangannya,di naikan preminya atau diadakan pembatasan-pembatasan ?

bila anda menjawab "Ya" atas pernyataan 1 dan/atau 2 harap di perinci lebih jelas.

.....
.....
.....

- | | | | |
|---|---|--------------------------|--------------------------|
| 3. Apakah di antara yang hendak di pertanggungkan ini dalam keadaan hamil ? | 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Apakah yang hendak di pertanggungkan pernah di rawat di rumah sakit atau sanatorium untuk pembedahan,pengamatan atau pengobatan ? | 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Apakah yang hendak dipertanggungkan pernah berkonsultasi dengan Seorang dokter untuk keluhan yang berulang ? | 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Apakah yang hendak di pertanggungkan pernah dianjurkan untuk menjalankan tes diagnostik dirawat dirumah sakit atau menjalankan pembedahan yang hingga kini belum di laksanakan ? | 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Apakah yang hendak di pertanggungkan sedang dalam pengawasan dokter atau mendapat suatu perawatan atau pengobatan atau mempunyai keluhan-keluhan yang mungkin merupakan tanda-tanda suatu penyakit ? | 7 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Apakah yang hendak dipertanggungkan mempunyai cacat physic dan/ atau menggunakan tubuh palsu ? | 8 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9. Apakah yang harus dipertanggungjawabkan pernah berkonsultasi dengan 9
Seorang dokter untuk

- a. Batuk menahun atau berulang, kelainan ginjal/system kemih atau a.
batuk empedu, atau gangguan kelenjar gondok.
- b. Tekanan darah tinggi atau penyakit jantung/pembuluh darah, b.
kencing manis, ayas, tumor, gangguan hati atau empedu
- c. Wasir, turun berok, tukak dalam lambung/usus halus (maag). c.
katarak/lensdamata mengeruh, rahim yang berlapis, rheumatic
atau kelainan kandungan.

Bila ada jawaban "Ya" atas satu/lebih dari pernyataan 3 s/d 9, harap diperinci lebih jelas

Nama yg hendak dipertanggungjawabkan	Nama penyakit	Tanggal	Hasilnya	Tindakan yg dilakukan	Nama dan alamat dokter/RS

KETERANGAN LAIN :

.....

Perlu diperhatikan bahwa penyakit yang sudah ada tidak dijamin oleh Asuransi Kesehatan ini. Kecuali telah dinyatakan sebelumnya oleh Pemohon dan di setujui oleh PT. Asuransi Bumiputeramuda

1967. Pertanggung jawaban baru berlaku setelah mendapat pemberitahuan persetujuan dari PT. Asuransi Bumiputeramuda 1967.

PERNYATAAN :

Dengan ini saya menyatakan dan menjamin kebenaran dari pernyataan-pernyataan di atas saya tidak menyembuyikan informasi apapun juga, dan saya setuju bahwa permohonan serta pernyataan ini di jadikan dasar penyusunan kontrak antara saya dan PT. Asuransi Bumiputeramuda 1967. Saya menyadari bahwa pernyataan yang palsu, tidak benar dan menyesatkan akan mengakibatkan asuransi ini batal dan tidak berlaku.

HAK UNTUK MEMERIKAN KETERANGAN:

Dengan ini saya member kuasa kepada PT. Asuransi Bumiputeramuda 1967 untuk meminta dokter dan petugas Rumah Sakit member keterangan lengkap yang mereka miliki mengenai data kesehatan saya/keluarga saya dan/atau pengobatan selama periode asuransi saya /keluarga saya.

Tempat

Tanda Tangan Permohonan

.....

Tanggal

.....