15. a. 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?

☐ Ya ☐ Tidak

b. Sejak lima tahun terakhir, pernahkah Anda menderita suatu penyakit atau menerima pengobatan atau menjalani operasi ? ☐ Ya ☐ Tidak

Jika jawaban Anda untuk 15.a. dan 15.b. adalah "Ya" berikan penjelasan selengkapnya:

Jenis Perawatan/operasi	Kapan	Lama perawatan
.....	.....	.....
.....	.....	.....

16. Ahli Waris :

No	Nama	Hubungan dengan Tertanggung	Alamat/No. Telepon

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.

..... , ... 20.....

Pemohon

(.....)

PT Asuransi Umum Bumida 1967
Kantor Pusat:
Jl. Wolter Monginsidi No. 63, Kebayoran Baru-Jakarta Selatan
Tlp. 021-7222685 (Hunting), 7250685 Fax. 021-7222723, 7222708
Email : headoffice@bumida.co.id, Website : www.bumida.co.id

LAMPIRAN SK NO. 13/SK.AAUI/2016

SURAT PERMINTAAN PENUTUPAN ASURANSI KECELAKAAN DIRI

Mohon dapat ditutup Asuransi Kecelakaan Diri atas:

1. Nama Pemegang Polis : .....
2. Alamat Rumah/Kantor *) : .....

   Telp. No. : ..... Fax.No. : ..... H.P.No.: .....
3. Nama Tertanggung : .....
4. Alamat Rumah : .....

   Telp. No. : ..... Fax.No. : ..... H.P.No.: .....
5. Tempat & Tanggal Lahir : ..... Usia : ..... Tahun
6. Pekerjaan (diisi lengkap) : .....
7. Kegemaran / Hobby : .....
8. Jenis pertanggungan yang diinginkan*) : .....

Jenis Pertanggungan	Nilai Pertanggungan
A. Kematian karena kecelakaan.	
B. Cacat Tetap keseluruhan & Cacat Tetap sebagian.	
C. Biaya-biaya perawatan/pengobatan akibat kecelakaan.	

9. Perluasan Jaminan : .....
10. Jangka Waktu Pertanggungan : ..... s/d .....
11. Apakah anda mempunyai Asuransi Kecelakaan, Pengobatan atau Jiwa pada Perusahaan lain? ☐ Ya ☐ Tidak

    Jika "Ya" berikan penjelasan :

Perusahaan	Jenis	Nilai Pertanggungan	Jangka Waktu
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

12. Pernahkah Asuransi Kecelakaan, Pengobatan atau Jiwa Anda ditolak, dibatalkan, dikeluarkan selain dari yang dimohon ini atau ditolak perpanjangannya ? ☐ Ya ☐ Tidak

    Jika "Ya" berikan penjelasan:
13. Apakah Anda melakukan suatu Pekerjaan atau olah raga yang berbahaya ? ☐ Ya ☐ Tidak

    Jika "Ya" berikan penjelasan:
14. Apakah pendengaran atau penglihatan Anda terganggu ? ☐ Ya ☐ Tidak

    Jika "Ya" berikan penjelasan: