

SURAT PERMINTAAN PENUTUPAN ASURANSI
ASURANSI TANGGUNG GUGAT PROFESI MEDIS

Personal Data (Data Pribadi Pemohon):

1. Nama Lengkap

:
2. Tempat, tanggal lahir

:
3. Alamat Rumah

:
4. No. Telp / Fax / Email

:
5. No. KTP

:

Data Tambahan:

1. Di sekolah medis manakah pemohon lulus :

Universitas

:
- Gelar

:
- Tahun Lulus

:
2. Sebutkan riwayat pendidikan dan jenis pekerjaan medis yang pernah dilalui :
3. Dimana saja pemohon mempraktekkan profesinya sejak lulus :

Nama Tempat	Mulai	Hingga	Jumlah Pasien per tahun	Ada/Tidak Ijin	Badan Penerbit Ijin	No Reg Ijin
Nama Tempat Praktek yang masih aktif hingga saat ini						
1.						
2.						
3.						

Aktivitas Saat Ini :

1. Sebutkan jenis praktek pemohon atau asisten : (keterangan terlampir)

A. Spesialisasi khusus ber-risiko sangat tinggi

B. Spesialisasi bedah dan/atau intervensi

C. Spesialisasi bukan bedah dan/atau intervensi

D. Dokter umum dan dokter berpraktek umum
2. Jumlah Asisten

:
3. Jumlah Teknisi

:
4. Jumlah Juru Rawat

:
5. Jumlah Pekerja perbedahan:
6. Apakah pemohon memiliki seluruh atau sebagian mengelola rumah sakit atau bersalin atau institusi lain yang biasa memberikan pelayanan kesehatan ? Apakah di tempat itu juga menyediakan kamar inap ?

No	Nama Rumah Sakit	Pemerintah / Swasta	Kamar Inap		Total
			Ada	Tidak	

7. Apakah Pemohon memiliki atau mengoperasikan mesin X-Ray atau Laser

No	Type	Jumlah	Penggunaan		
			Diagnosa	Perawatan	Keduanya

8. Data praktek yang pernah anda lakukan

No	Keterangan	Jumlah
1	Jumlah pasien / tahun	
2	Jumlah operasi yang dilakukan / tahun	
3	Jumlah kelahiran / tahun	
4	Persentase keberhasilan persalinan	

Asuransi dan Klaim sebelum ini :

1. Apakah pemohon sudah memiliki asuransi ini sebelumnya ?
2. Apakah pemohon, asisten atau teknisi pernah menghadapi tuntutan ganti rugi atau sejenisnya dalam waktu 5 tahun terakhir ?
3. Apakah anda mengetahui adanya suatu keadaan yang dapat menimbulkan tuntutan ganti rugi atau perkara lain sejenisnya? (Sebutkan)

Alamat pengiriman polis dan pernyataan :

Periode Asuransi yang diinginkan :

dari

s/d

Alamat pengiriman Polis

:

Pernyataan Tertanggung

Saya menyatakan bahwa data di atas adalah benar dan dibuat secara jujur dan sebenar-benarnya dan dapat digunakan sebagai dasar pembuatan polis. Saya menyetujui serta tunduk pada ketentuan-ketentuan dalam syarat-syarat pembuatan polis.

Tanggal ____/_____/20__

Nama dan Tanda Tangan Pemohon

***Mohon lampirkan dokumen-dokumen yang dapat menunjang penutupan asuransi ini.**

Bagi yang ingin mengajukan aplikasi kartu kredit, mohon lampirkan informasi di bawah ini

Dalam keadaan darurat yang perlu dihubungi (Harus keluarga tidak serumah)

Nama

:

Hubungan

☐ Orang Tua

☐ Anak

☐ Sepupu

☐ Saudara kandung

☐ Keponakan/Paman/Bibi

☐ Ipar/Mertua/Menantu

Alamat rumah yang dihuni saat ini

:

RT

RW

Kota

Kode Pos

Telepon Rumah (Kode Area + Nomor)

:

Nama Ibu Kandung

: