

Great Accident & Life Protection Proposal Form



PT Great Eastern General Insurance Indonesia

Data Tertanggung Asuransi Perorangan

Nama Lengkap	<input type="text"/>		
Nama Panggilan	<input type="text"/>	Jenis Kelamin	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> L
Nomor KTP/SIM/Pasport:	<input type="text"/>	Warga Negara:	<input type="text"/>
Tanggal Lahir	<input type="text"/>		
Alamat Lengkap	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>	Kode Pos:	<input type="text"/>
No. Telp Rumah	<input type="text"/>	Handphone	<input type="text"/>
No. Telp Kantor	<input type="text"/>	No. Fax	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>		
Uraian Pekerjaan	<input type="text"/>		
Pilihan Paket Jaminan	<input type="text"/>		
Periode Asuransi	dari <input type="text"/>	s/d	<input type="text"/>
Nama Penerima Manfaat	<input type="text"/>	hubungan	<input type="text"/>

Riwayat Kesehatan & Asuransi

Apakah anda mempunyai Asuransi Kecelakaan, Kesehatan atau Jiwa pada Perusahaan lain?

 Ya Tidak

Jika "Ya" berikan penjelasan

Perusahaan	Jenis	Nilai Pertanggung	Jangka Waktu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Pernahkah Asuransi Kecelakaan, Kesehatan atau Jiwa Anda ditolak, dibatalkan, dikeluarkan selain dari yang dimohon ini atau ditolak perpanjangannya?

 Ya Tidak

Jika "Ya" berikan penjelasan

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Apakah Anda melakukan suatu Pekerjaan atau olah raga yang berbahaya?

 Ya Tidak

Jika "Ya" berikan penjelasan

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Apakah pendengaran atau penglihatan Anda terganggu ?

 Ya Tidak

Jika "Ya" berikan penjelasan

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

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

Jika "Ya" berikan penjelasan

Sejak lima tahun terakhir, pernahkah Anda menderita suatu penyakit atau menerima pengobatan atau menjalani operasi ?

 Ya Tidak

Jika "Ya" berikan penjelasan

Pernyataan

1. Saya/Kami menyatakan bahwa bahwa saya/kami saat ini dalam keadaan kesehatan yang baik, dan saat ini saya/kami tidak menjalani perawatan medis / kesehatan dan tidak sedang dalam perawatan Covid-19 dan telah sembuh dari Covid-19 lebih dari 3 bulan
2. Saya/Kami menyatakan dengan seluruh pengetahuan saya/kami bahwa keterangan yang disampaikan dan semua lampirannya adalah benar. Selanjutnya, jika informasi dan/atau pernyataan yang saya/kami sampaikan tersebut terdapat unsur pemalsuan atau penipuan atau saya/kami menyembunyikan atau memberikan pernyataan yang salah mengenai fakta dengan cara apapun, maka saya/kami setuju polis menjadi batal dan semua hak untuk mendapatkan ganti rugi berdasarkan polis ini untuk klaim yang lalu ataupun yang akan datang akan hilang dan dalam hal dipersyaratkan dan diwajibkan oleh peraturan perundang-undangan, GEGI akan melaporkan kepada institusi yang berwenang.
3. Saya/Kami menyatakan bahwa saya/kami mengetahui, memahami, dan setuju untuk mematuhi ketentuan peraturan perundangan yang berlaku serta semua syarat dan ketentuan, pengecualian di dalam Polis, yang diatur di dalam Klausula Polis Asuransi dan dokumen-dokumen terkait lainnya yang ditujukan kepada saya.
4. Saya/Kami mengizinkan Perusahaan untuk menyimpan, menggunakan data dan/atau Informasi pribadi Saya/Kami, termasuk untuk memberikannya kepada pihak ketiga, sehubungan dengan pelaksanaan penutupan serta pelayanan lain yang terakit dengan pertanggungangan ini. Kuasa tersebut tidak menghilangkan hak Saya/Kami untuk meminta penghapusan data privasi, yang masih berada dalam penguasaan Perusahaan. Saya/Kami dengan ini menyatakan telah memahami dan menyetujui akan konsekuensi atas pengungkapan informasi pribadi Saya/Kami sebagaimana tersebut di atas.
5. Saya/Kami menyatakan bahwa saya/kami telah membaca dan menerima penjelasan serta memahami produk ini sesuai dengan Ringkasan Informasi Produk dan Layanan yang telah disampaikan kepada Saya/Kami.

Tandatangan Tertanggung

Tanggal

Tanda Tangan dan Nama Jelas Pemohon
* Harap lampirkan fotokopi KTP