

Great Accident & Life Protection Proposal Form Asuransi Kumpulan



PT Great Eastern General Insurance Indonesia

Data Pemegang Polis Asuransi Kumpulan

Nama Pemegang Polis	<input type="text"/>		
Alamat Lengkap	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>	Kode Pos:	<input type="text"/>
No. Telp Kantor	<input type="text"/>	No. Fax	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>		
Nomor NPWP*	<input type="text"/>		
Nomor Izin Berusaha*	<input type="text"/>		
Jenis Badan Usaha	<input type="checkbox"/> Perseroan Terbatas	<input type="checkbox"/> Usaha Dagang	
	<input type="checkbox"/> Persekutuan Dagang	<input type="checkbox"/> Lembaga Swadaya Masyarakat	
	<input type="checkbox"/> Firma	<input type="checkbox"/> Kantor Perwakilan	
	<input type="checkbox"/> Yayasan	<input type="checkbox"/> Organisasi	
	<input type="checkbox"/> BUMN / BUMD	<input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan	<input type="text"/>
Bidang Usaha	<input type="text"/>		
Aset Perusahaan	<input type="checkbox"/> < Rp 100 Juta	<input type="checkbox"/> > Rp 1 Milyar – 10 Milyar	<input type="checkbox"/> > Rp 100 Milyar – 500 Milyar
	<input type="checkbox"/> > Rp 100 Juta – 1 Milyar	<input type="checkbox"/> > Rp 10 Milyar – 100 Milyar	<input type="checkbox"/> > Rp 500 Milyar
Sumber Dana Pembayaran Premi	<input type="checkbox"/> Laba Jual-Beli	<input type="checkbox"/> Investasi Asset	<input type="checkbox"/> Lainnya, mohon sebutkan
	<input type="checkbox"/> Komisi /Jasa	<input type="checkbox"/> Perusahaan Induk	<input type="text"/>
Nama PIC	<input type="text"/>		
No. Identitas PIC (KTP)	<input type="text"/>		
No. Telp/Fax PIC	<input type="text"/>		
Email PIC	<input type="text"/>		

*mohon lampirkan salinan dokumen

Informasi Asuransi

Tanggal Berlakunya Pertanggungan	<input type="text"/>	s/d	<input type="text"/>
Pembayar Premi Asuransi	<input type="checkbox"/> 100% Tanggungan Pemegang Polis (Perusahaan)		
	<input type="checkbox"/> 100% Tanggungan Peserta yang Diasuransikan		
	<input type="checkbox"/> Peserta yang Diasuransikan ____% dan Pemegang Polis ____%		
Jumlah Tertanggung yang Diasuransikan	<input type="text"/>		

List Tertanggung (mohon lampirkan sesuai list excel terlampir)

Riwayat Kesehatan

Apakah ada Tertanggung yang sedang sakit dan menjalani perawatan medis/kesehatan atau mengalami disabilitas? Ya Tidak

Jika "Ya", maka Tertanggung tersebut akan didaftarkan pada Penanggung setelah Tertanggung tersebut kembali beraktifitas

Apakah ada Tertanggung yang saat ini sedang dalam perawatan Covid-19? Ya Tidak

Jika "Ya", maka Tertanggung tersebut akan didaftarkan pada Penanggung setelah Tertanggung telah sembuh dari Covid-19 lebih dari 3 bulan

Pernyataan

Yang bertanda tangan dibawah ini:

1. 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, GEGl akan melaporkan kepada institusi yang berwenang.
2. 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.
3. 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.
4. 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
* Harap lampirkan salinan KTP