

PERSONAL ACCIDENT SUPREME INSURANCE

Personal Accident/
Asuransi Kecelakaan Diri



Kecelakaan adalah suatu kejadian atau peristiwa yang tidak direncanakan, yang mengandung unsur kekerasan baik yang bersifat fisik maupun kimia yang mengakibatkan luka atau cedera badan termasuk keracunan, terpapar atau tenggelam.

PA Supreme memberikan perlindungan menyeluruh terhadap kecelakaan dengan memberikan kompensasi keuangan kepada anda, keluarga atau karyawan anda yang mengalami cacat tetap sebagian, cacat tetap keseluruhan atau kematian, termasuk biaya pengobatan yang disebabkan oleh kecelakaan.

Keunggulan

- Tidak diperlukan pemeriksaan kesehatan
- Pilihan jaminan s/d IDR 1.000.000.000,-
- Santunan 125% untuk Cacat Tetap Keseluruhan atau Cacat Tetap Sebagian
- Penggantian biaya perawatan dan pengobatan 20%
- Penggantian untuk pengobatan alternatif (sinshe)
- Tidak ada potongan klaim
- Termasuk jaminan mengendarai sepeda motor dan olah raga non-profesional
- Berlaku 24 jam diseluruh dunia

Risiko yang dijamin

1. Kematian, Cacat Tetap Keseluruhan, Cacat Tetap Sebagian dan Biaya Perawatan atau Pengobatan akibat kecelakaan
2. Kerusakan, Pemogokan dan Huru Hara
3. Pembunuhan dan Penganiayaan
4. Hilang atau Tidak Ditemukan
5. Kecelakaan saat Mengendarai Sepeda Motor
6. Kegiatan Olah Raga (Non-profesional)

EXTRA Cover

1. Biaya pengobatan alternatif (sinshe)
2. Biaya Ambulance
3. Biaya Pengurusan Sertifikat Kematian
4. Biaya Pemakaman

Klasifikasi Tertanggung

Kelas 1:

Pekerjaan dalam ruangan kantor, karyawan, akuntan, arsitek, auditor, dokter, pengacara, sekretaris, guru, ibu rumah tangga, dsb

Kelas 2:

Pekerjaan dinas luar atau lapangan, insinyur sipil, manajer proyek, tenaga sales, supir, pedagang eceran, dsb.

Kelas 3:

Pekerjaan mesin-mesin berat, bengkel, buruh tambang, tukang bangunan, pekerja listrik, dsb.

Bagaimana Caranya?

Cukup lakukan 3 langkah mudah untuk mendapatkan perlindungan

Langkah 1: Isi Formulir Aplikasi

- Hubungi agen/broker Great Eastern Indonesia dan diskusikan kebutuhan anda.
- Isi formulir aplikasi dan pilih cara pembayaran yang sesuai keinginan anda.

Langkah 2: Pahami jaminan dalam Polis Anda

- Setelah menerima polis anda, baca dan periksa dengan teliti apakah seluruhnya sudah sesuai dengan kebutuhan anda
- Segera hubungi agen/broker anda, jika terdapat hal-hal yang kurang jelas untuk mendapatkan penjelasan lebih lanjut.

Langkah 3: Periksa Polis Anda

- Pastikan semua detail dan informasi sudah benar

Apa yang harus Anda lakukan pada saat terjadi klaim?

- Semua klaim harus dilaporkan ke PT Great Eastern General Insurance Indonesia segera setelah terjadinya klaim
- Laporan dokter atau sertifikat dan tagihan Rumah Sakit dibutuhkan untuk mendukung klaim
- Menyimpan semua tagihan, faktur dan tanda terima

Untuk melaporkan klaim atau mendapatkan formulir klaim, silahkan hubungi agent asuransi Anda, atau hubungi Claim Department Great Eastern Indonesia di **+6221 572 3737**, email di wecare-id@greateasterngeneral.com atau kunjungi website kami di www.greateasterngeneral.com/id

Branch Network

Jakarta

Maspion Plaza 8th Floor
Jalan Gunung Sahari Raya Kav. 18
Jakarta 14420
Tel : +62 21 64701278
Fax : +62 21 64701267/8

Semarang

Ruko Metro Plaza Blok B-12
Jalan MT Haryono 970
Semarang 50242
Tel : +62 24 8457058/9
Fax : +62 24 8417867

Medan

Kompleks Ruko Jati Junction
Jalan Timor No. 3 - T
Medan 20234
Tel : +62 61 88817009
Fax : +62 61 88817010

Makassar

Jalan Jenderal Ahmad Yani
Komplek Ruko A. Yani No. 23/25
Blok C 46, Makassar 90174
Tel : +62 411 3617978
Fax : +62 411 3610434

Serpong

Sutera Niaga 3 Blok C No. 11
Jalan Raya Serpong
Tangerang 15325
Tel : +62 21 53122468
Fax : +62 21 53122431

Cirebon

Komplek Ruko Pulasaren
Jalan Pulasaren Raya No. C-5
Cirebon 45116
Tel : +62 231 207784, 234054
Fax : +62 231 207784

Pekanbaru

Jalan KH. Hasyim Ashari 16
Pekanbaru 28113
Tel : +62 761 32708
Fax : +62 761 31427

Bali

Pusat Pertokoan Sudirman Agung
Blok B12,
Jalan Jenderal Sudirman
Denpasar 80225
Tel : +62 361 229894, 255149
Fax : +62 361 255150

Surabaya

Gedung Medan Pemuda 7th Floor
Jalan Pemuda No. 27 - 31
Surabaya 60271
Tel : +62 31 5477300
Fax : +62 31 5477370

Samarinda

Jalan Jenderal Ahmad Yani No. 12
Samarinda 75117
Tel : +62 541 200833
Fax : +62 541 748878

Batam

Komplek Tanjung Pantun Blok R
No. 5. Sei Jodoh, Batam 29433
Tel : +62 778 421066
Fax : +62 778 430492

PT Great Eastern General Insurance Indonesia

MidPlaza 2, 23rd Floor, Jalan Jenderal Sudirman Kav. 10-11
Jakarta 10220, Indonesia
Tel : +62-21 5723737
Fax : +62-21 5710547
Email : wecare-id@greateasterngeneral.com
www.greateasterngeneral.com/id

Tabel Santunan

AKIBAT		MANFAAT (% DARI CAPITAL SUM INSURED)
A	KEMATIAN	100%
B	CACAT TETAP KESELURUHAN	
1.	Kehilangan penglihatan kedua belah mata	125%
2.	Hilang atau tidak berfungsinya kedua lengan	125%
3.	Hilang atau tidak berfungsinya kedua tungkai kaki	125%
4.	Hilang atau tidak berfungsinya penglihatan: satu mata dan satu lengan; penglihatan satu mata dan satu tungkai kaki; atau satu tungkai kaki dan satu lengan	125%
5.	Kegilaan atau kelumpuhan total	125%
	CACAT TETAP SEBAGIAN	
6.	Lengan kanan mulai dari sendi bahu	75%
7.	Lengan kiri mulai dari sendi bahu	63%
8.	Lengan kanan mulai dari atasnya sendi siku	63%
9.	Lengan kiri mulai dari atasnya sendi siku	50%
10.	Tangan kanan mulai dari atasnya pergelangan tangan	50%
11.	Tangan kiri mulai dari atasnya pergelangan tangan	38%
12.	Satu kaki mulai dari lutut sampai pangkal paha	63%
13.	Satu kaki mulai dari mata kaki sampai lutut	31%
14.	Ibu jari tangan kanan	19%
15.	Ibu jari tangan kiri	13%
16.	Jari telunjuk tangan kanan	13%
17.	Jari telunjuk tangan kiri	10%
18.	Jari kelingking tangan kanan	10%
19.	Jari kelingking tangan kiri	8%
20.	Jari tengah atau manis tangan kanan	6%
21.	Jari tengah atau manis tangan kiri	5%
22.	Satu ibu jari kaki	10%
23.	Satu jari kaki lainnya	6%
24.	Sebelah mata	63%
25.	Pendengaran pada kedua belah telinga	63%
26.	Pendengaran pada sebelah telinga	31%
27.	Sebelah daun telinga pada keseluruhan	6%
C	BIAYA PERAWATAN ATAU PENGOBATAN	20%

Pilihan Paket Jaminan

Pilihan Paket	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Santunan Kematian	10,000,000	25,000,000	50,000,000	100,000,000	200,000,000	300,000,000	400,000,000	500,000,000	1,000,000,000
Santunan Cacat Tetap Keseluruhan	12,500,000	31,250,000	62,500,000	125,000,000	250,000,000	375,000,000	500,000,000	625,000,000	1,250,000,000
Santunan Cacat Tetap Sebagian	12,500,000	31,250,000	62,500,000	125,000,000	250,000,000	375,000,000	500,000,000	625,000,000	1,250,000,000
Biaya Perawatan dan Pengobatan	2,000,000	5,000,000	10,000,000	20,000,000	40,000,000	60,000,000	80,000,000	100,000,000	200,000,000
EXTRA Cover									
Biaya pengobatan alternatif (sinshe)	500,000	1,250,000	2,500,000	5,000,000	10,000,000	10,000,000	10,000,000	10,000,000	10,000,000
Biaya Ambulance	500,000	1,250,000	2,500,000	5,000,000	5,000,000	5,000,000	5,000,000	5,000,000	5,000,000
Biaya Pengurusan Sertifikat Kematian	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000
Biaya Pemakaman	1,000,000	1,250,000	2,500,000	5,000,000	5,000,000	5,000,000	5,000,000	5,000,000	5,000,000

Premi Tahunan	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Kelas 1	22,000	55,000	110,000	220,000	440,000	670,000	875,000	1,100,000	2,200,000
Kelas 2	27,500	68,750	137,500	275,000	550,000	825,000	1,100,000	1,375,000	2,750,000
Kelas 3	33,000	82,500	165,000	330,000	660,000	990,000	1,325,000	1,650,000	3,300,000

Pemberitahuan Penting: Informasi yang terkandung didalam brosur ini tunduk pada syarat, ketentuan dan pengecualian pada wording Polis, yang salinannya bisa diperoleh dari kantor PT Great Eastern General Insurance Indonesia, agent atau broker anda.

Formulir Penutupan Asuransi

Tertanggung

Nama Lengkap: _____

Nomor Identitas: _____ Kebangsaan: _____
(KTP/SIM/Pasport)

Alamat Lengkap: _____

Kode POS: _____

No telepon rumah: _____ No HP: _____

No telepon kantor: _____ No Fax: _____

Alamat Email: _____

Uraian Pekerjaan: _____

Kegemaran/Hobby: _____

Kelas Pekerjaan: 1 2 3

Pilihan Paket Jaminan: A B C D E F G H I

Periode Asuransi Dari: _____ s/d: _____

Nama Ahli Waris: _____ Hubungan: _____

Riwayat Kesehatan & Asuransi

Apakah anda mempunyai Asuransi Kecelakaan, Pengobatan atau Jiwa pada Perusahaan lain? ya tidak

Jika 'Ya', jelaskan:

Perusahaan _____ Jenis _____ Nilai Pertanggungan _____ Jangka Waktu _____

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

Jika 'Ya', jelaskan: _____

Apakah Anda melakukan suatu Pekerjaan atau olah raga yang berbahaya? ya tidak

Jika 'Ya', jelaskan: _____

Riwayat Kesehatan & Asuransi

Apakah pendengaran atau penglihatan Anda terganggu? ya tidak

Jika 'Ya', jelaskan: _____

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', jelaskan: _____

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

Jika 'Ya', jelaskan: _____

Pernyataan

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.

Tanggal :

Tanda tangan pemohon:

* Harap lampirkan fotokopi KTP