

Personal Accident Supreme Proposal Form

Formulir Proposal Personal Accident Supreme



PT Great Eastern General Insurance Indonesia

Tertanggung

Nama Lengkap	<input type="text"/>								
Nomor KTP/SIM/Pasport:	<input type="text"/>	Warga Negara:	<input type="text"/>						
Alamat Lengkap	<input type="text"/>								
	<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"/>								
Kegemaran/Hobby	<input type="text"/>								
Kelas Pekerjaan	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3						
Pilihan Paket Jaminan	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> I
Periode Asuransi	dari	<input type="text"/>	s/d	<input type="text"/>					
Nama Ahli Waris	<input type="text"/>	Hubungan	<input type="text"/>						

Riwayat Kesehatan & Asuransi

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

Jika "Ya" berikan penjelasan

Perusahaan	Jenis	Nilai Pertanggungan	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, Pengobatan atau Jiwa Anda ditolak, dibatalkan, dikeluarkan selain dari yang dimohon ini atau ditolak perpanjangannya? ya tidak

Jika "Ya" berikan penjelasan

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

Jika "Ya" berikan penjelasan

Apakah pendengaran atau penglihatan Anda terganggu? ya tidak

Jika "Ya" berikan penjelasan

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

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.
- Saya/Kami mengizinkan Perusahaan untuk memberikan data dan/atau Informasi pribadi Saya/Kami yang tercatat di Perusahaan kepada pihak ketiga jika sewaktu-waktu diperlukan yang berhubungan dengan kepentingan tertanggung dan risiko yang dijamin baik didalam maupun diluar negeri untuk keperluan pelaksanaan kegiatan Perusahaan.
- Menyatakan bahwa saya telah memahami, mengetahui dan setuju untuk mematuhi syarat dan ketentuan, pengecualian di dalam Polis, yang diatur di dalam Klausula Polis Asuransi dan dokumen-dokumen terkait lainnya yang ditunjukkan kepada saya.

Tandatangan Tertanggung	Tanggal