

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

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.
2. Saya/Kami menyatakan bahwa saya/kami mengetahui, memahami, dan setuju untuk mematuhi 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 menggunakan data dan/atau Informasi pribadi Saya/Kami, termasuk untuk memberikannya kepada pihak ketiga. Kuasa tersebut tidak menghilangkan hak Saya/Kami untuk meminta penghapusan data privasi, yang masih berada dalam penguasaan Perusahaan.

Tandatangan Tertanggung	Tanggal