

Personal Accident Proposal Form

Formulir Proposal Personal Accident

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 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, Pengobatan 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. I/We hereby declare to the best of my/our knowledge that the information as mentioned, and all of the appendices are true. Furthermore, if there is fraud or forgery on any information and/or statement that I/we made or I/we conceal or give false statements about the facts in any way, then I/we agree that the policy becomes null and void, and all rights to get compensation based on this policy for the past or future claims will be lost, and if required by law and regulations, GEGI will report this case to authority bodies accordingly.
 2. I/We declare that I/we aware, understand, and agree to comply with prevailing law and regulations and all terms and conditions, exceptions in the Policy, which are stipulated in the Insurance Policy Clauses and in other related documents which are addressed to me.
 3. I/We give consent to the Company to keep, use my/our personal data and/or information, including to give it to the third party, in connection to the Policy issuance and other services related to. This authorize does not release my/our right to ask removal of data privacy in Company. I/We hereby declare that I/ We already understand and agree any consequences of my/our personal information disclosure as mentioned above.
 4. I/We declare that I/we have read and accepted the explanation and have understand this product in accordance with the Summary of Product and Service Information that has been conveyed to me/us.
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, GEGI 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 pertanggungan 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