PT Great Eastern Life Indonesia
Menara Karya Lt. 5
Jl. H. R. Rasuna Said Blok X-5 Kav. 1-2
Jakarta Selatan 12950 – Indonesia

Customer Contact Centre
(+62) 21 2554 3800 (Senin - Jumat, 09.00-17.00 WIB)
(+62) 811 956 3800 (Senin - Jumat, 09.00-17.00 WIB)
wecare-id@greateasternlife.com
www.greateasternlife.com/id

Great Eastern
A member of the OCBC Group

Kuesioner Financial

(dilengkapi oleh Calon Pemegang Polis atau Calon Tertanggung*)

Nomor SPAJ : _____

Calon Pemegang Polis : _____

Calon Tertanggung : _____

Data Financial : Tertanggung / Pemegang Polis

UANG PERTANGGUNGAN ≥IDR 2.000.000.000 (agency) atau IDR ≥4.000.000.000 (bancassurance)
(Uang Pertanggungan ≥IDR 5.000.000.000 akan dimintakan dokumen pendukung)
Untuk Tertanggung yang belum berpenghasilan dapat dilengkapi dengan Data Pemegang Polis

1. KARYAWAN

a. Sebutkan penghasilan pribadi tahunan Anda dalam 2 tahun terakhir.

Jenis Pendapatan	Tahun ini (IDR)	Tahun Lalu (IDR)
Gaji/pendapatan tetap		
Pendapatan tidak tetap (Deviden/Bonus/Komisi/Pembagian Keuntungan/Pendapatan lain-lain)		

b. Sebutkan perkiraan (estimasi) nilai harta dan hutang (liabilities) Anda.

Estimasi	Nilai (IDR)
Total Harta	
Total Hutang	

Jika dipandang perlu, Penanggung akan meminta daftar rincian harta pribadi maupun harta usaha Anda sesuai dengan harga pasar beserta salinan sertifikat valuasi bila ada.

2. WIRASWASTA ATAU PARTNERSHIP

a. Nama Perusahaan : _____
b. Jenis Usaha : _____
c. Jumlah Karyawan : _____ orang Tanggal berdirinya Perusahaan : ___
d. Apakah usaha Anda adalah :
- ☐ Milik sendiri
- ☐ Milik Keluarga
- ☐ Milik bersama dengan partner Anda
- ☐ Lain-lain, jelaskan _____

e. Sebutkan persentase modal usaha yang menjadi milik Anda_____%

f. Keuntungan bersih perusahaan tahun ini : IDR_____ & tahun lalu IDR_____

Saya menyatakan bahwa jawaban/penjelasan yang saya berikan dalam formulir ini adalah lengkap dan benar serta menyetujui bahwa formulir ini adalah bagian dari SPAJ yang telah saya sampaikan dan apabila keterangan dalam formulir ini tidak benar, maka dapat mengakibatkan batalnya Polis.

Tanggal : _____

_____
Nama Lengkap dan Tanda Tangan
Calon Pemegang Polis / Calon Tertanggung

***Catatan:**
- **Harap dilengkapi oleh Calon Pemegang Polis jika Calon Tertanggung belum bekerja atau ditanggung oleh Calon Pemegang Polis**
- **Harap dilengkapi oleh Calon Tertanggung jika sudah bekerja dan memiliki penghasilan**