PT Great Eastern Life Indonesia
Menara Karya Lt. 5
Jl. H. R. Rasuna Said Blok X-5 Kav. 1-2
Jakarta Selatan 12950 – Indonesia
Telp : (+62) 21 2554 3888

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

Formulir Pengajuan Asuransi Tambahan

No.Polis : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nama Pemegang Polis : _____

Nama Tertanggung Utama : _____

DATA PRIBADI CALON TERTANGGUNG ASURANSI TAMBAHAN

Nama calon Tertanggung : _____

Tanggal Lahir : ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐ Jenis Kelamin : ☐ Pria ☐ Wanita

Jenis Asuransi Tambahan	Uang Pertanggungan	Hubungan dengan Tertanggung Utama	Pekerjaan saat ini (Jelaskan Tugas Utama)	Tinggi dan Berat Badan	
				Cm	Kg

		Ya	Tidak
1.	Apakah Anda pernah atau sedang atau disarankan untuk menjalani pembedahan/operasi, perawatan, pemeriksaan kesehatan atau pemeriksaan laboratorium/diagnostik, kecuali untuk screening kesehatan rutin atau yang berkaitan dengan permintaan pekerjaan?	☐	☐
2.	Apakah Anda pernah atau sedang menderita penyakit/gangguan pada sistem syaraf, otak, ayan (epilepsi), mata, telinga, sistem jantung dan pembuluh darah (seperti kejang jantung, serangan jantung dan darah tingi) kelainan darah (Anemia, Leukimia, Hemophilia), sistem pernapasan dan paru-paru, sistem pencernaan, hepatitis, ginjal dan sistem kandung kemih, prostat, organ reproduksi, AIDS/terinfeksi HIV,atau penyakit kelamin lainnya, limpa, diabetes (sakit gula), kolesterol tinggi, sistem pergerakan (seperti tulang sendi dan rematik) kelumpuhan, mental/jiwa, kanker/tumor atau penyakit lainnya yang tidak disebutkan di atas?	☐	☐
3.	Apakah Anda saat ini atau pernah atau berencana bekerja atau melakukan kegiatan/olahraga/kegemaran yang berisiko tinggi ?	☐	☐
4.	Apakah Anda pernah ditolak, ditunda atau diterima dengan syarat dalam pengajuan Asuransi Jiwa/Kecelakaan/Kesehatan, kepada Perusahaan Asuransi ini atau asuransi lain?	☐	☐
5.	Apakah ada diantara anggota keluarga dekat Anda yang sedang/pernah menderita penyakit/gangguan pada jantung, stroke, darah tinggi, gangguan mental, diabetes (sakit gula) atau kanker? Jika "Ya", sebutkan hubungan dengan anggota keluarga tersebut dan jenis penyakitnya.	☐	☐
6.	Apakah Anda mempunyai atau pernah mempunyai kebiasaan mengkonsumsi minuman beralkohol, merokok, obat penenang, narkotik atau zat adiktif lain? Jika "Ya" sebutkan jenis dan jumlah yang dikonsumsi setiap hari?	☐	☐
7.	Khusus Wanita:		
	a. Apakah Anda saat ini sedang dalam keadaan hamil? Jika "Ya", sebutkan usia kandungan.....bulan	☐	☐
	b. Apakah Anda pernah mengalami komplikasi saat melahirkan, menderita penyakit pada payudara atau organ kewanitaan lainnya?	☐	☐

Berilah penjelasan pada kolom dibawah ini untuk semua pertanyaan yang dijawab "Ya".

Pernyataan

1. Saya dan atas nama peserta telah membaca dan mengerti seluruh ketentuan dan pernyataan yang tersebut di atas dan semua keterangan, jawaban dan pernyataan yang diberikan dalam formulir ini dan yang diberikan dalam pemeriksaan kesehatan, formulir pertanyaan tambahan yang diperlukan atau perubahannya, Saya dan atas nama peserta berikan dengan lengkap dan benar dan tidak ada hal material yang disembunyikan.
2. Saya memahami dan setuju bahwa pembayaran premi yang telah diterima oleh PT.Great Eastern Life Indonesia sebelum pengajuan ini disetujui, tidak mengikat PT. Great Eastern Life Indonesia untuk menyetujui pengajuan saya.
3. Saya menyetujui untuk menyampaikan informasi perubahan kondisi kesehatan saya kepada PT. Great Eastern Life Indonesia yang terjadi di antara tanggal pengajuan formulir ini dan tanggal dimulainya pertanggungan atas Pengajuan Perubahan Polis yang diajukan dan PT. Great Eastern Life Indonesia berhak memutuskan atau membatalkan pertanggungan berdasarkan informasi saya tersebut.

Ditandatangani di .....tanggal .....

_____
Nama jelas & Tanda tangan Tertanggung

_____
Nama jelas & Tanda tangan Pemegang Polis