

Formulir Analisa Kebutuhan dan Kemampuan

PENTING :

- Harap formulir diisi dengan benar, lengkap dan jelas
- Beri tanda "√" Untuk jawaban yang dipilih
- Jika pengisian salah, harap dicoret dan ditandatangani (jangan menggunakan tip-ex)
- Mohon tidak menandatangani formulir ini, jika belum diisi lengkap

A. DATA PRIBADI CALON PEMEGANG POLIS

Nama Lengkap : Laki-laki Perempuan
Tempat & Tanggal Lahir :
Bidang Pekerjaan :

B. ANALISA KEBUTUHAN DAN KEMAMPUAN

1. Jenis proteksi apa yang Anda butuhkan? (Pilih salah satu)

- Kesehatan Warisan Dana Pendidikan Pensiun Investasi Perlindungan

2. Berapa rata-rata pendapatan bersih Anda per tahun? (Pilih salah satu)

- ≤ 50 juta > 50 juta - 200 juta > 200 juta - 500 juta
 > 500 juta - 1 miliar > 1 miliar - 10 miliar > 10 miliar

3. Berapa besaran uang pertanggungan yang Anda inginkan? (Pilih salah satu)

- ≤ 50 juta > 50 juta - 200 juta > 200 juta - 500 juta
 > 500 juta - 1 miliar > 1 miliar - 10 miliar > 10 miliar

4. Berapa lama jangka waktu pertanggungan atau perlindungan asuransi yang Anda inginkan?

- Jangka waktu/usia tertentu Seumur hidup

C. REKOMENDASI PRODUK (DIISI OLEH TENAGA PEMASAR)

1. Produk yang sesuai :

2. Uang Pertanggungan yang dibutuhkan :

D. PERNYATAAN DAN KUASA PEMEGANG POLIS/TERTANGGUNG

Saya menyatakan bahwa saya telah mengikuti proses analisa Kebutuhan dan kemampuan melalui kuesioner ini untuk mengetahui produk asuransi yang sesuai dengan profil keuangan, kebutuhan dan kemampuan. Saya mengerti bahwa rekomendasi yang diberikan oleh PT Great Eastern Life Indonesia berdasarkan keadaan Saya saat ini dan merekomendasikan produk yang sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan Saya. Adapun untuk Pemilihan produk sepenuhnya menjadi keputusan Saya. Segala risiko dan konsekuensi atas pilihan Saya menjadi tanggung jawab Saya sepenuhnya. Dengan demikian, Saya membebaskan PT Great Eastern Life Indonesia atas segala risiko dan konsekuensi pilihan produk asuransi yang telah Saya pilih.

Ditandatangani di:..... Tanggal :.....

Diisi oleh Tenaga Pemasar:

NIK :

Nama :

Kode/Nama Cabang :

Nama Calon Pemegang Polis/Tertanggung :