

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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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 tinggi) 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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Apakah Anda saat ini atau pernah atau berencana bekerja atau melakukan kegiatan/olahraga/kegemaran yang berisiko tinggi ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Apakah Anda pernah ditolak, ditunda atau diterima dengan syarat dalam pengajuan Asuransi Jiwa/Kecelakaan/Kesehatan, kepada Perusahaan Asuransi ini atau asuransi lain? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Khusus Wanita: | | |
| a. Apakah Anda saat ini sedang dalam keadaan hamil? Jika "Ya", sebutkan usia kandungan.....bulan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Apakah Anda pernah mengalami komplikasi saat melahirkan, menderita penyakit pada payudara atau organ kewanitaan lainnya? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

Pernyataan

- 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.
- 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.
- 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 ditanggal

Nama jelas & Tanda tangan Tertanggung

Nama jelas & Tanda tangan Pemegang Polis