

SmartCare Prime

Proposal Form

Isilah lembar permohonan ini selengkap mungkin. Jika ada kotak pilihan (harap beri tanda (√)).
 Jika kotak jawaban tidak mencukupi harap dilanjutkan di lembar terpisah. Penutupan belum berlaku sampai diberikannya persetujuan tertulis dari pihak asuransi

1. Data Tertanggung

*Wajib diisi sesuai dengan ketentuan PMK No.30/PMK.010/2010 tentang Prinsip Mengenal Nasabah

Nama Tertanggung*

Jenis Kelamin* Laki-laki Perempuan

No KTP / SIM / Paspor / KITAS*
 (copy harap dilampirkan)

Kewarganegaraan * WNI WNA Negara Asal (bagi WNA)

Tempat / Tanggal lahir * / - -

Alamat (sesuai KTP)*

RT RW Kel

Kec Kode Pos

Kota

Alamat saat ini *

RT RW Kel

Kec Kode Pos

Kota

Nomor Telepon Darurat*

Nomor Telepon Genggam

Nomor Telepon Rumah

Nomor Telepon Kantor Extension

Email

Pekerjaan* PNS Anggota TNI/POLRI Karyawan Swasta Wirausaha

Lain2 Sebutkan

Nama Perusahaan/Instansi

Jabatan *

Dari mana pembayaran premi bersumber? *

Gaji Hasil Usaha

Lainnya

Total Pendapatan Kotor / Tahun (dalam Rupiah) *

< 100 jt 100jt - 300jt > 300 jt

Penerima Manfaat

Hubungan dengan Tertanggung

(wajib diisi jika penerima manfaat bukan Tertanggung)

Nomor rekening untuk pembayaran klaim*

Bank a/n

Apa tujuan berasuransi? *

Perlindungan Terhadap Harta Kekayaan

Persyaratan Pinjaman

Lain-lain

Apakah Anda memiliki polis lain di perusahaan kami?

Ya Tidak

Jika 'Ya', mohon disebutkan (isi di kertas terpisah jika kolom tidak mencukupi)

	Nomor Polis	Jenis Pertanggungan
1		
2		
3		
4		
5		

2. Keterangan Rinci dari Anggota Keluarga yang akan Diasuransikan

	Nama	Tanggal Lahir (Tgl/Bln/Thn)	Jenis Kelamin	Tinggi	Berat	Ahli Waris
Pasangan						
Anak 1						
Anak 2						
Anak 3						

3. Perincian atas Pertanggungan

1 Jangka waktu asuransi Dari Sampai
(Tgl/Bln/Thn) (Tgl/Bln/Thn)

2 Plan Pilihan Platinum Gold Silver

4. Umum

- 1 Harap terangkan cacat fisik atau kondisi kesehatan yang buruk dari orang – orang yang akan diasuransikan
(Gunakan lembar terpisah, jika diperlukan)

- 2 Apakah Tertanggung melakukan kegiatan olahraga berbahaya yang dapat
Menyebabkan luka badan ? Ya Tidak
Jika Ya, berikan keterangan rinci mengenai olahraga yang mereka lakukan

- 3 Pernahkah perusahaan asuransi menolak atau memberlakukan kondisi khusus atau
membatalkan atau menolak memperpanjang asuransi Kecelakaan Pribadi anda?
Jika 'YA' , harap beri keterangan lengkap Ya Tidak

5. Deklarasi

Dengan ini saya/kami menyatakan bahwa jawaban dan pernyataan saya/kami di atas adalah benar dan saya/kami tidak merahasiakan informasi yang berhubungan dengan proposal ini. Saya/Kami setuju bahwa pernyataan dan jawaban saya/kami menjadi dasar dari kontrak asuransi antara PT Asuransi AXA Indonesia dengan saya/kami dan saya/kami setuju untuk menerima penggantian sesuai dengan kondisi polis ini dan akan membayar premi yang dibebankan

--

Nama & Tandatangan Pemohon

Tanggal

--

Pemberitahuan Penting

- Asuransi kecelakaan diri yang diberikan adalah sesuai dengan kondisi dan pengecualian dari perusahaan untuk jenis asuransi ini. Spesimen polis dapat diberikan oleh perusahaan bila diminta
- Penutupan tidak akan berlaku sebelum permohonan ini disetujui oleh Perusahaan
- Premi harus dibayar sebelum penutupan berlaku atau dalam tenggang waktu pembayaran premi yang disetujui oleh Perusahaan