Individual Personal Accident

Data Pribadi Pemohon
Personal Data Applicant

Nama Pemohon
Name of Insured

Tempat & Tanggal Lahir
Place & Date of Birth

Alamat
Address

Kode Pos
Post Code

Telpon/Fax/HP
Phone/Fax/HP

Catatan: Mohon sertakan foto kopi KTP atau tanda pengenal lainnya Noted Please attached copy of your ID Card

Periode Asuransi
Insurance Period

Dari
From

Hingga
To

Rincian Data Pribadi Pemohon
Details of Proposer

Pekerjaan/Profesi Sekarang
Present profession/Occupation

Pekerjaan lain, jika ada

Besar Pendapatan pertahun (Rp.)
Amount of yearly income (Rp.)

☐ <50 Juta (<50 Mio)
☐ 50-100Juta (50-100 Mio)
☐ 100-250 Juta (<50 Mio)
☐ >250 Juta (>250 Mio)

Apa olah raga Anda?
What sport do you practice?

Apakah Anda bebas dari cacat tubuh atau kelemahan, dan apakah Anda sekarang dalam keadaan sehat?
Are you free from any physical defect of infirmity, and are you currently in good health?
Ya Yes ☐ **Tidak** No ☐

Jika Tidak, jelaskan
If No, explain

Pernahkah Anda mendaftar untuk asuransi kecelakaan diri di perusahaan asuransi lain sebelum ini? Jika Ya, Sebutkan
Have you ever applied for this insurance to any company? If Yes, please explain
Ya Yes ☐ **Tidak** No ☐

Nama Perusahaannya
Name of the company

Manfaat-manfaatnya
The benefits

Apakah ada perusahaan asuransi lain menolak atau membatalkan permohonan asuransi Anda?
Has any company canceled/declined your policy?
Ya Yes ☐ **Tidak** No ☐

Apakah Anda sudah pernah mengajukan klaim asuransi kecelakaan diri sebelumnya?
Have you ever made a claim for accident against any insurance company
Ya Yes ☐ **Tidak** No ☐

Jika Ya, berikan detail
If Yes, please give details

Perusahaan/Penyebab Company/Cause	Date Tanggal	Besar Klaim Claim Amount

Sebutkan jenis penyakit atau kecelakaan yang membuat Anda memerlukan penanganan khusus dalam lima tahun terakhir, dan cantumkan nama serta alamat rumah sakit yang menangani Anda
State for what illness, or accidents you have required medical attention during the last five years and give names and addresses of medical institution who attended you

Ahli Waris
Beneficiary

Ahli waris (jika meninggal)
Beneficiary (in case of death)

Hubungan
Relation

Jenis Perlindungan yang dipilih
Beneficiary

Silahkan pilih salah satu:
Please tick one:

OPTION I: Coverage ADD & Medex

Plan	Limit ADD	Premium p.a Per Person	Select
1. Optimum	IDR 50,000,000	IDR 100,000	☐
2. Optimum Plus	IDR 100,000,000	IDR 200,000	☐

OPTION II: Coverage ADD, Medex, & HCP

Plan	Limit ADD	Limit HCP (IDR 250,000/day)	Premium p.a Per Person	Select
1. Basic	IDR 5,000,000	IDR 1,250,000	IDR 355,000	☐
2. Basic Plus	IDR 10,000,000	IDR 1,250,000	IDR 360,000	☐
3. Advanced	IDR 25,000,000	IDR 1,250,000	IDR 385,000	☐
4. Optimum	IDR 50,000,000	IDR 1,250,000	IDR 435,000	☐

Sebutkan jumlah unit paket perlindungan "Proteksiku" yang Anda inginkan:
Please determine numbers of units of "Proteksiku" coverage you wish to have:

Unit
Units

Pernyataan diatas dibuat secara jujur dan sebenar-benarnya dan akan dipakai sebagai dasar pembuatan polis. Penutupan Asuransi ini akan sah setelah disetujui oleh pihak penanggung
The above statements are made in sincerity in accordance with the truth and will be use as a basics being part of the policy to be issued. This Insurance will only be valid after conveyance of approval by the insurer.

Jakarta,

Tanda tangan dan Nama Lengkap
Signature and Full Name

Bagian ini diisi oleh Underwriter
Underwriter Section

Tanggal Diserahkan
Date Submitted

Tanggal Akseptasi
Date Accepted

Kode Agen/Broker
Agent/Broker Code

Nama Agen/Broker
Agent/Broker Name

Nama Leader
Leader Namae

Cabang/Regional
Branch/Regional

Premi
Premium

Note
Note

P.T. Mitra Proteksi Madani Insurance Broker
Menara Taspen (Arthaloka Building) 15th Floor, Jln Jend. Sudirman Kav.2, Jakarta 10220 Indonesia, Telp. (+6221) 57939162. Fax. (+6221) 57933244
Email: inquiry@pnm-mpm.id, claims@pnm-mpm.id