

12. Pernahkah Asuransi Kecelakaan atau Jiwa Anda ditolak, dibatalkan, dikeluarkan selain dari yang dimohon ini atau ditolak perpanjangannya? Ya Tidak

Jika "Ya" berikan penjelasan:

13. Apakah Anda melakukan suatu Pekerjaan atau olah raga yang berbahaya? Ya Tidak

Jika "Ya" berikan penjelasan:

14. Apakah pendengaran atau penglihatan Anda terganggu?

Ya Tidak

Jika "Ya" berikan penjelasan:

15. a. Pernahkah Anda mendapatkan perawatan ataupun pernah diberitahu bahwa Anda mempunyai penyakit Jantung, TBC, Kencing Manis, Penyakit kelamin, Gangguan Mental, Luka atau Sakit pinggang akut (lumbago), AIDS dan lain-lain?

Ya Tidak

Jika "Ya" berikan penjelasan:

b. Sejak lima tahun terakhir, pernahkah Anda menderita suatu penyakit atau menerima pengobatan atau menjalani operasi?

Ya Tidak

Jika "Ya" berikan penjelasan:

Yang bertanda tangan dibawah ini :

- Menyatakan bahwa keterangan tersebut di atas dibuat dengan sejujurnya dan sesuai dengan keadaan sebenarnya menurut pengetahuan saya atau yang seharusnya saya ketahui;
- Menyadari bahwa keterangan tersebut akan digunakan sebagai dasar dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari polis yang akan diterbitkan, oleh karenanya ketidakbenarannya dapat mengakibatkan batalnya pertanggungan dan ditolaknya setiap klaim oleh Penanggung;
- Mengerti bahwa pertanggungan yang diminta ini baru berlaku setelah mendapat persetujuan tertulis dari Penanggung.

..... 20.....
Pemohon

(.....)

*) Cost yang tidak perlu
**) Sebutkan merek/ type dan harganya

KANTOR PUSAT

Wisma Raharja, Jl. TB. Simatupang Kav.1 Cilandak Timur, Jakarta Selatan 12560. Telp: (021) 7884 4444, Fax: (021) 7884 1234, website: www.jasaraharja-putera.co.id, e-mail: pusat@jasaraharja-putera.co.id

KANTOR PELAYANAN

• **BANDA ACEH** TELP. (0651) 43235, FAX. (0651) 43737 • **MEDAN** TELP. (061) 8458331; (061) 8454023, FAX. (061) 8458228
• **PEKANBARU** TELP. (0761) 858800, FAX. (0761) 855299 • **BATAM** TELP. (0778)431230, FAX. (0778) 431232 • **PADANG** TELP. (0751) 443173, FAX. (0751) 445934 • **JAMBI** TELP. (0741) 62430, FAX. (0741) 667028 • **BENGKULU** TELP. (0736) 24350; (0736) 20742 FAX. (0736) 343393 • **PALEMBANG** TELP. (0711) 366705; (0711) 367649 FAX. (0711) 366706 • **BANDAR LAMPUNG** TELP. (0721) 8014081; (0721) 8014084, FAX. (0721) 256445 • **SERANG** TELP. (0254) 221257; (0254) 226934 FAX. (0254) 221257; (0254) 219565 • **TANGERANG** TELP. (021) 5543937, FAX. (021) 55774586 • **JAKARTA MAMPANG** TELP. (021) 79190101; (021) 79198999 FAX. (021) 79196878; (021) 79196741 • **JAKARTA KELAPA GADING** TELP. (021) 45845517, (021) 45845519 FAX. (021) 4532607 • **JAKARTA TB. SIMATUPANG** TELP. (021) 78831433, FAX. (021) 78840606 • **CIBUBUR** TELP. (021) 8448411, FAX. (021) 8448411 • **BANDUNG** TELP. (022) 7315678; (022) 7315779 FAX. (022) 731 5780 • **BOGOR** TELP. (0251) 8382957; (0251) 8342329 FAX. (0251) 8351299 • **CIREBON** TELP. (0231) 204938, FAX. (0231) 210805 • **BEKASI** TELP. (021) 888 51 848 FAX. (021) 888 51 848 • **SEMARANG** TELP. (024) 3546067; (024) 3587203 FAX. (024) 3554767 • **SURAKARTA** TELP. (0271) 719320, FAX. (0271) 719320 • **YOGYAKARTA** TELP. (0274) 871122; (0274) 871133 FAX. (0274) 871144 • **SURABAYA** TELP.(031) 5619584; (031) 5619586 FAX.(031) 5619025; (031) 5664620 • **SIDOARJO** TELP (031) 8948655 FAX (031) 8948540 • **MALANG** TELP. (0341) 320176 FAX. (0341) 320176 • **DENPASAR** TELP. (0361) 261031(0361) 261032 FAX. (0361) 223077 • **PONTIANAK** TELP (0561) 748931, FAX. (0561) 748932 • **BALIKPAPAN** TELP (0542) 744991; (0542) 744993 FAX. (0542) 744994 • **SAMARINDA** TELP. (0541) 738724, FAX. (0541) 732655 • **BANJARMASIN** TELP. (0511) 3262033, (0511) 3262044 FAX. (0511) 3265408 • **PALANGKARAYA** TELP. (0536) 3235038, (0536) 3226655 FAX. (0536) 3235038 • **MANADO** TELP. (0431) 846282; (0431) 842451 FAX. (0431) 869579 • **GORONTALO** TELP. (0435) 825893, FAX. (0435) 862064 • **PALU** TELP. (0451) 451559, FAX. (0451) 451559 • **MAKASSAR** TELP. (0411) 856648; (0411) 870970 FAX. (0411) 856647 • **KENDARI** TELP. (0401) 3127218, FAX. (0401) 3127218 • **MATARAM** TELP. (0370) 641169; (0370) 641112 FAX. (0370) 641168 • **KUPANG** TELP. (0380) 821242; (0380) 825352 FAX. (0380) 820740 • **AMBON** TELP. (0911) 326971, FAX. (0911) 855566 • **TERNATE** TELP. (0921) 326971, FAX. (0921) 326971 • **MANOKWARI** TELP. (0986) 215804, FAX. (0986) 212553 • **JAYAPURA** TELP. (0967) 536051; (0967) 534635 FAX. (0967) 534635



24 JAM NONSTOP
ANDA TERLINDUNGI




INSURANCE
JASARAHARJA PUTERA
Protector for Protection

www.jasaraharja-putera.co.id
e-mail: pusat@jasaraharja-putera.co.id
SMS Center: 08129 777 5000

JP-ASPRI memberikan perlindungan bagi tertanggung atas terjadinya kecelakaan dengan membayar santunan bila meninggal dunia/cacat tetap atau memberikan ganti rugi pengobatan bila cacat sementara atau luka-luka.

OBYEK PERTANGGUNGAN JP-ASPRI

- Tertanggung berusia 3 sampai 64 tahun.

KONDISI PERTANGGUNGAN JP-ASPRI

- Cover A Santunan Meninggal Dunia karena Kecelakaan
- Cover B Santunan Cacat Tetap karena kecelakaan
- Cover D Santunan Perawatan karena kecelakaan

DATA-DATA YANG DIPERLUKAN UNTUK JP-ASPRI

- Nama dan alamat tertanggung
- Tanggal lahir tertanggung
- Jenis Kelamin
- Nama ahli waris
- Pekerjaan / bidang usaha
- Jumlah pertanggungan
- Jangka waktu pertanggungan

PEMBERIAN GANTI RUGI

- Meninggal Dunia
Santunan sebesar Harga Pertanggungan
- Cacat Tetap
Besarnya santunan bergantung pada jenis cacat yang diderita oleh orang yang dipertanggungkan sesuai dengan persentase yang tercantum dalam Polis asuransi kecelakaan diri. Jika Tertanggung menderita lebih dari satu jenis cacat tetap, maka santunan yang akan diberikan adalah jumlah terbesar dari salah satu jaminan yang tercantum dalam Polis asuransi kecelakaan diri.
- Biaya Pengobatan
Santunan biaya yang dikeluarkan untuk pengobatan/ perawatan

CARA MENDAPATKAN PERLINDUNGAN ASURANSI KECELAKAAN PRIBADI (JP-ASPRI)

Untuk mendapatkan perlindungan Asuransi ini, Anda dapat mengisi Surat Permintaan Pertanggungan Asuransi (SPPA) yang tersedia di Kantor Pelayanan terdekat dan segera kirimkan ke cabang tersebut

Brosur ini bukan kontrak Asuransi, untuk keterangan lebih rinci, harap mengacu kepada polis asuransi kami yang berisi periode asuransi, ketentuan kondisi dan pengecualian serta besar risiko sendiri yang harus ditanggung untuk setiap manfaat tambahan

Sistem pembayaran penggantian (reimbursement) untuk biaya medis memberikan keleluasaan bagi tertanggung untuk memilih dokter ataupun rumah sakit maupun yang dikehendaki.

* Jumlah premi dapat berubah sesuai dengan kesepakatan bersama, silakan hubungi Kantor Cabang terdekat

SURAT PERMOHONAN PENUTUPAN ASURANSI KECELAKAAN DIRI (SPPAKD)

Mohon dapat di tutup Asuransi Kecelakaan Diri atas :

1. Nama Pemegang Polis :
2. Alamat Rumah/ Kantor *) :
- Telp. No. : Fax. No.: H.P. No.:
3. Nama Tertanggung :
4. Alamat Rumah :
- Telp. No. : Fax. No.: H.P. No.:
5. Tempat & Tanggal Lahir :
6. Pekerjaan (dilis lengkap) :
7. Kegemaran/ Hobby :
8. Jenis Pertanggungan yang diinginkan *) :
9. Tempat & Tanggal Lahir :

Jenis Pertanggungan	Nilai Pertanggungan
A. Kematian karena kecelakaan.	
B. Cacat Tetap keseluruhan & Cacat Tetap sebagian.	
C. Biaya-biaya perawatan/ pengobatan akibat kecelakaan.	

9. Perluasan Jaminan :
10. Jangka Waktu Pertanggungan:
11. Apakah Anda mempunyai Asuransi Kecelakaan atau Jiwa pada Perusahaan lain : Ya Tidak
Jika "Ya" berikan penjelasan (Perusahaan, Jenis, Nilai Pertanggungan, & Jangka Waktu)

Karena Risiko selalu ada di segala tempat dan setiap saat

SYARAT UNTUK MENJADI PESERTA:

