

**SURAT PERMINTAAN PENUTUPAN ASURANSI KESEHATAN MEDI+
PT ASURANSI CENTRAL ASIA**

.....tanggal/...../.....

**Kepada Yth: PT ASURANSI CENTRAL ASIA
Di tempat**

Dari :

**Untuk Perhatian : BAGIAN MARKETING
Hal : PERMINTAAN PENUTUPAN ASURANSI KESEHATAN KUMPULAN medi+**

HARAP DIBACA DENGAN TELITI SEBELUM DITANDATANGANI

DIISI OLEH CALON PEMEGANG POLIS

I. Yang bertandatangan dibawah ini :

1. Nama :
2. Jabatan :

Dalam hal ini bertindak untuk dan atas nama serta sah mewakili Calon Pemegang Polis tersebut di bawah ini, mengajukan permintaan untuk mengasuransikan atas diri para karyawan Calon Pemegang Polis ataupun keluarganya yang namanya tercantum dalam Lampiran Surat Permintaan ini sebagai Calon Peserta/Tertanggung.

II. DATA PERUSAHAAN.

1. Nama Calon Pemegang Polis :
2. Alamat Korespondensi :
- Kode Pos :.....
3. No. Telepon :
- No. Fax :
4. E-mail :
5. Bidang Usaha :

6. Jumlah Peserta yang diasuransikan :

III. DATA CONTACT PERSON

1. Nama :
2. Jabatan :
3. Bagian :

IV. DATA PERTANGGUNGAN

<input type="checkbox"/> MEDI+	<input type="checkbox"/> Jaminan Rawat Inap & Pembedahan	
		Jumlah orang
PERLUASAN	<input type="checkbox"/> Persalinan	----- W
	<input type="checkbox"/> Rawat Jalan	----- LWA
	<input type="checkbox"/> Rawat Gigi	----- LWA
	<input type="checkbox"/> Kaca Mata	----- LWA

MULAI BERLAKU TANGGAL : S/D

MASA PERTANGGUNGAN :

CARA PEMBAYARAN PREMI :
• SEKALIGUS
• CICILAN :Kali

Kontribusi Pembayaran Premi karyawan & tanggungan : 100% Oleh Pemegang Polis atau
 % Oleh Pemegang Polis dan % Oleh Karyawan (maks 50%)

Pernahkah mengikuti program asuransi sejenis di PT. ACA? Ya Tidak

Pernahkan mengikuti program asuransi sejenis di perusahaan lain ? Ya Tidak

Jika Ya, menggunakan jasa asuransi dari Perusahaan :
(lampiran copy polis beserta data peserta)

Total Premi per tahun polis :
Total Klaim yang dibayarkan per tahun polis :

Apakah karyawan puas dengan manfaat / : Ya Tidak
pelayanan yang diberikan selama ini

Jika tidak, mengapa ? :

.....

Mengapa ingin pindah ke PT ASURANSI CENTRAL ASIA:

.....

Apa yang diharapkan dari PT ASURANSI CENTRAL ASIA ? :

.....

Pembayaran Klaim :

FASILITAS BCA LINK (Transfer ke :....) TRANSFER CEK/GIRO

Rekening perusahaan :.....

No. Rek. :
Nama Pemilik :
Rek. :
Bank :
Cabang :
Atas Nama :

PERNYATAAN

Kami yang bertandatangan di bawah ini menyatakan setuju bahwa :

1. Calon Peserta/Tertanggung yang tercantum dalam lampiran Surat Permintaan Asuransi Ini, pada saat ditandatanganinya Surat Permintaan Asuransi ini karyawan masih aktif bekerja dan Calon Tertanggung sedang dalam keadaan sehat serta tidak sedang dalam perawatan atau pengobatan Dokter/Rumah Sakit karena suatu penyakit apapun, termasuk calon Peserta/Tertanggung yang akan masuk selama masa pertanggungan.
2. Pembayaran exces klaim untuk Asuransi Kesehatan merupakan tanggung jawab sepenuhnya perusahaan kami dan akan dibayar selambat-lambatnya 14 hari sejak kami menerima kuitansi tagihan. Kami menyadari keterlambatan pembayaran excess klaim tersebut akan dikenakan bunga yang besarnya ditetapkan oleh Penanggung.

3. Jika Terjadi excess susulan dikarenakan analisis yang diberikan dari Penanggung, adalah kewajiban penuh Tertanggung untuk membayarkan ke Penanggung sesuai dengan tagihan tersebut
4. Keterangan dan pernyataan yang diberikan dalam Surat Permintaan Asuransi beserta lampirannya ini akan menjadi dasar pertanggungan dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis yang diterbitkan, karena itu jika terdapat keterangan atau pernyataan yang tidak benar, maka PT. Asuransi Central Asia berhak membatalkan pertanggungan atau menolak membayar manfaat pertanggungan atau meminta dokter/petugas lain untuk mencari keterangan yang diperlukan untuk PT. Asuransi Central Asia.
5. Asuransi Kumpulan ini baru mulai berlaku pada tanggal yang ditetapkan di dalam Polis yang diterbitkan oleh PT. Asuransi Central Asia setelah jumlah premi dibayar lunas.

Yang mengajukan Permintaan/Yang menyatakan

(Tanda tangan dan cap Calon Pemegang Polis)

Lampiran :

1. Lampiran Data Peserta/Diskette Data Peserta
2. Lampiran Tabel Manfaat Pertanggungan yang telah disepekatinya calon Pemegang Polis
3. Lampiran Copy Polis Asuransi sebelumnya.