

**ASURANSI KESEHATAN
SURAT PERMOHONAN PENUTUPAN ASURANSI (SPPA)
GROUP/KELOMPOK**

1. DATA WAKIL SAH CALON PEMEGANG POLIS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, sebagai wakil sah dari perusahaan / Calon Pemegang Polis

Nama : _____

Jabatan : _____

(jika jabatan bukan Direktur Perusahaan, mohon memberikan bukti tanda dapat mewakili perusahaan menandatangani Permohonan ini)

Dengan ini mengajukan permohonan Asuransi Kesehatan Group untuk pertanggung jawaban karyawan :

2. DATA PERUSAHAAN

Nama Perusahaan : _____

Alamat : _____

Telepon : _____ Fax : _____

Email : _____

Nama Bank : _____ Cabang : _____

No. Account : _____

Jenis Usaha : Industri Jasa
 Industri Barang/Pabrik
 Industri Tambang
 Lainnya :

3. PROGRAM ASURANSI KESEHATAN

1. PROGRAM KESEHATAN SEKARANG :

- Program Kesehatan sendiri
 Diasuransikan di
Benefit : Rawat Inap Maternity Rawat Jalan Dental
Masa Berakhir Polis :
 Lainnya :

4. PROGRAM ASURANSI KESEHATAN YANG DIINGINKAN

- ↓ Berdasarkan No. Proposal :
↓ Tanggal Efektif Polis :

5. KLASIFIKASI KARYAWAN dan JAMINAN yang diminta:

Plan	Jabatan	Rawat Inap Berdasarkan tarif kamar per hari	Rawat Jalan Berdasarkan Kunjungan Dokter Umum per hari	Maternity Berdasarkan Persalinan Normal	MANFAAT Gigi Berdasarkan Limit per tahun
I		Rp	Rp	Rp	Rp
II		Rp	Rp	Rp	Rp
III		Rp	Rp	Rp	Rp
IV		Rp	Rp	Rp	Rp
V		Rp	Rp	Rp	Rp
VI		Rp	Rp	Rp	Rp

6. DATA REKAPITULASI PESERTA untuk Rawat Inap dan Rawat Jalan

Usia	PLAN I	PLAN II	PLAN III	PLAN VI	PLAN V	PLAN VI	PLAN VII
Pria usia 18-55 Th							
Wanita usia 18-55 Th							
Pria usia 56-60 Th							
Wanita usia 56-60 Th							
Pria usia 61-65 Th							
Wanita usia 61-65 Th							
Anak 15 hari - 17 Th							

7. DATA PESERTA MATERNITY

Usia	PLAN I	PLAN II	PLAN III	PLAN IV	PLAN V	PLAN VI	PLAN VII
Karyawati Belum menikah usia max 45 Th							
Karyawati Sudah menikah usia max 45 Th							
Istri Usia Max 45 Th							

8. DATA PESERTA MANFAAT GIGI

Usia	PLAN I	PLAN II	PLAN III	PLAN IV	PLAN V	PLAN VI	PLAN VII
PESERTA usia max 60 Th							

9. DATA YANG DIBUTUHKAN (dalam bentuk data elektronik)

	Tgl Lahir	Jenis Kelamin	Plan RI	Plan RJ	Plan M	Plan MG
Nama Karyawan						
Nama Pasangan						
Nama Anak						

* RI : Rawat Inap * RJ : Rawat Jalan * M : Maternity * MG : Manfaat Gigi

Pemohon setuju memberikan semua keterangan mengenai data karyawan yang dianggap perlu oleh PT ARTHAGRAHA GENERAL INSURANCE / Penanggung untuk menghitung premi dan jumlah pertanggungan. **SPPA** ini **hanya** merupakan Surat Permohonan penutupan Asuransi Kesehatan dan bukti yang sah adanya Jaminan Manfaat Asuransi Kesehatan adalah dengan diterbitkannya Polis dan Pembayaran Premi telah dilakukan oleh Pemegang Polis dengan memberikan bukti pembayaran Premi yang sah kepada Pihak Penanggung.

Tanggal :
Tanda Tangan / nama Lengkap
Mewakili Pemegang Polis

(_____)

