

**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

(_____)

