

**ASURANSI KESEHATAN
SURAT PERMINTAAN PENERBITAN PROPOSAL (SPPP)
GROUP / KELOMPOK**

1. DATA MARKETING / PEMASAR / AGEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, mengajukan permintaan penerbitan proposal :

Nama Pemasar : _____

Kode Pemasar : _____

Untuk Asuransi Kesehatan Group dengan pertanggungungan sebagai berikut

2. DATA PERUSAHAAN

Nama Perusahaan : _____

Contact Person : _____

Jabatan : _____

Alamat Perusahaan : _____

Telepon : _____ Fax : _____

E-mail : _____

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

3. PROGRAM ASURANSI KESEHATAN

PROGRAM KESEHATAN SEKARANG :

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

4. PROGRAM ASURANSI KESEHATAN YANG DIINGINKAN

- Rawat Inap : Provider Reimbursement
- Rawat Jalan : Provider Reimbursement
- Maternity : Provider Reimbursement
- Manfaat Gigi : Provider Reimbursement
- Keterangan Tambahan :

Paraf

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 III	PLAN IV	PLAN V	PLAN VI
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 III	PLAN IV	PLAN V	PLAN VI
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 III	PLAN IV	PLAN V	PLAN VI
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

Sebagai bahan pertimbangan **Tarif Premi:** Saya akan lampirkan tabel manfaat sebelumnya, Total Premi dan Klaim yang terjadi selama jaminan berlangsung.

(apabila tabel manfaat yang ada kurang, lampirkan pada kertas tambahan atau dibalik kertas ini.)

Saya mengetahui bahwa Masa Aktif Proposal adalah 60 hari dari tanggal sejak diterbitkannya proposal, setelah masa aktif Proposal habis saya akan memberitahukan 7 (Tujuh) hari sebelum Masa Aktif Proposal berakhir untuk memperpanjang dengan resiko adanya perubahan tarif premi atau perubahan kondisi polis. Tanpa pemberitahuan perpanjangan proposal secara tertulis dari saya maka proposal ini akan berakhir dengan sendirinya.

Saya mengetahui dan menyetujui apabila dalam 60 hari Masa Aktif Proposal ada Pemasar lain yang membuktikan adanya Surat Penunjukan Resmi dari orang yang lebih berwenang dan mempunyai kuasa dari Perusahaan Calon Pemegang Polis maka secara Otomatis Proposal ini akan batal dengan sendirinya,dengan pemberitahuan sebelumnya. Saya tidak berhak mengajukan tuntutan apapun kepada PT. ARTHAGRAHA GENERAL INSURANE mengenai hal ini.

Tanggal :

**Tanda Tangan / nama Lengkap
Pemasar**

(_____)

