

**FORMULIR PERMOHONAN PENUTUPAN ASURANSI  
ASURANSI RAWAT INAP Medisafe**



**A. IDENTITAS DETAIL CALON TERTANGGUNG**

1. Nama Lengkap\*

2. Jenis Kelamin\*  Pria  Wanita d d / m m / y y

3. Tempat dan Tanggal Lahir\*   /  /

4. Tanda Pengenal\*  KTP  SIM  PASPOR  Lainnya :.....

5. Nomor Tanda Pengenal\*

6. Tinggi dan Berat Badan\*  c m  k g

7. Alamat Korespondensi\*  
  
  
RT    RW

Kelurahan  Kec.

Kota/Provinsi  Kode Pos

8. Kontak Detail\*  
Telepon Rumah  Fax

Handphone

Alamat E-mail

9. Status  Menikah  Belum Menikah  Lain - Lain

(\* wajib diisi)

**B. INFORMASI PEKERJAAN**

1. Status Pekerjaan  Pegawai Swasta  PNS/TNI/POLRI  Pensiun  
 Wiraswasta  Profesional  Lain Lian :.....

2. Penghasilan Tahunan (Rp)\*  
 di bawah 10.000.000  10.000.000 - 50.000.000  
 50.000.000 - 100.000.000  Lebih dari 100.000.000  
**\*Sesuai dengan Keputusan Menteri Keuangan RI No. 45/ 2003 - Prinsip Mengenal Nasabah**

3. Sumber Dana  Gaji  Investasi  Tabungan  Lainnya :.....  
Pembayaran Premi

4. No. Rekening Bank  Bank   
Cabang

5. Alamat Pekerjaan  
  
  
Kota/Provinsi  Kode Pos

Telepon Kantor  Fax

6. Jabatan :.....

7. Deskripsi Pekerjaan :.....  
:.....

8. No. NPWP

### C. DATA PERTANGGUNGAN

1. Informasi Anggota Keluarga yang dipertanggungkan (jika ada)

	Nama	Hubungan	L/P	Tanggal Lahir	No. KTP
a.	<input type="text"/>	Suami / Istri	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b.	<input type="text"/>	Anak 1	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c.	<input type="text"/>	Anak 2	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d.	<input type="text"/>	Anak 3	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Jenis Plan

Jasmine     Orchid     Rose

3. Metode Pembayaran yang dipilih\*

Bulanan     Tri-wulanan     Tahunan

**\*Pembayaran Bulanan & Tri-wulanan hanya dengan menggunakan kartu kredit**

4. Jangka waktu pertanggungkan

Dari :  <sup>d</sup>  <sup>d</sup>  <sup>m</sup>  <sup>m</sup>  <sup>y</sup>  <sup>y</sup>  <sup>y</sup>  <sup>y</sup> Sampai  <sup>d</sup>  <sup>d</sup>  <sup>m</sup>  <sup>m</sup>  <sup>y</sup>  <sup>y</sup>  <sup>y</sup>  <sup>y</sup> (Jam 12.00)

### D. PERNYATAAN

#### Pernyataan Metode Pembayaran Premi

Saya/kami dengan ini menyatakan bahwa pada saat aplikasi saya/kami disetujui, saya/kami sepakat untuk melunasi premi secara penuh dengan cara sebagai berikut :

- Tunai dibayarkan di kantor PT. Asuransi Central Asia  
 ATM BCA No. Rek: 664.024.6969 atas nama PT. Asuransi Central Asia  
 Kartu Kredit

Nama pemegang kartu :

.....

Visa/Master Card, Bank .....

BCA Card

No. Kartu

Masa Berlaku :     (bulan, tahun)

No. Validasi Kartu Kredit

\_\_\_\_\_  
Tanda Tangan Pemegang Kartu

Saya memberikan kuasa kepada BCA Card Center untuk membebaskan premi sebesar

Rp.

Terbilang :

kepada rekening kartu kredit saya. Pemberian kuasa ini dapat saya cabut kembali sewaktu-waktu dengan pemberitahuan secara tertulis kepada PT. Asuransi Central Asia dan pencabutan mulai berlaku pada saat PT. Asuransi Central Asia menerima surat pemberitahuan tersebut.

No. Rekening\*\* (wajib diisi):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bank

--

Nama pemegang Rekening

--

**\*\*digunakan untuk pembayaran No Claim Bonus**

**Pernyataan Kesehatan (wajib diisi)**

Apakah Anda atau anggota keluarga yang terdaftar:

1. Memiliki polis/ pertanggungan asuransi di perusahaan lain?

Ya

Tidak

Jika Ya, mohon sebutkan nama perusahaan dan nomor polisnya:

Nama Perusahaan

Nomor Polis

a. 

--

--

b. 

--

--

c. 

--

--

d. 

--

--

2. Pernah ditolak, ditunda, atau diterima bersyarat dalam pengajuan suatu polis?

Ya

Tidak

Jika Ya, mohon jelaskan:

--

3. Mempunyai kegemaran seperti balap mobil/ motor, paragliding, terjun bebas, menyelam, atau olahraga berbahaya yang lainnya?

Ya

Tidak

Jika Ya, mohon sebutkan:

--

4. Pernah/ memiliki kebiasaan untuk merokok, menggunakan obat penenang atau narkotika yang menyebabkan ketergantungan?

Ya

Tidak

Jika Ya, mohon sebutkan:

--

Apakah Anda atau anggota keluarga yang terdaftar sebagai calon peserta asuransi dalam 5 tahun terakhir:

1. Pernah mengalami tindakan pembedahan, perawatan atau pengobatan di rumah sakit, sanatorium, atau lembaga rehabilitas medis lainnya?

Ya

Tidak

Jika Ya, mohon jelaskan:

--

2. Pernah berkonsultasi/berobat ke dokter, mengalami tindakan medis atau dinyatakan mempunyai masalah dengan:

(Jika Ya, sebutkan nama penyakitnya)

i. Jantung, tekanan darah tinggi, diabetes, kanker, tumor, stroke?

Ya

Tidak

Jika Ya, mohon sebutkan nama penyakitnya:

ii. Luka bernanah, TBC, asma, epilepsi, pembengkakan paru- paru, radang selaput dada, radang usus besar?

Ya

Tidak

Jika Ya, mohon sebutkan nama penyakitnya:

iii. Sipilis atau penyakit kelamin lainnya, organ yang berkaitan dengan kandung kemih, masalah pencernaan, pankreas, batu ginjal, kencing batu?

Ya

Tidak

Jika Ya, mohon sebutkan nama penyakitnya:

iv. Gangguan tulang belakang, polio, kelainan kulit, kusta?

Ya

Tidak

Jika Ya, mohon sebutkan nama penyakitnya:

v. HIV/AIDS atau gejala kompleks yang berhubungan dengan AIDS (ARC) malaria, disentri amuba, lupus?

Ya

Tidak

Jika Ya, mohon sebutkan nama penyakitnya:

vi. Gangguan kesehatan lainnya, cacat fisik, kelainan bentuk tubuh atau luka serius lainnya yang tidak disebutkan di atas?

Ya

Tidak

Jika Ya, mohon sebutkan nama penyakitnya:

3. Pernah disarankan/dengan inisiatif sendiri untuk melakukan pemeriksaan Sinar-X (X-Ray), ECG, CT Scan, MRI, test darah lengkap?

Ya  
 Tidak

Jika Ya, mohon jelaskan:

1. Jenis pemeriksaan?	
2. Kapan dilakukan?	
3. Tujuan pemeriksaan?	
4. Hasil pemeriksaan?	

4. Dalam 2 tahun terakhir menerima transfusi darah atau ditolak Donor Darah?

Ya  
 Tidak

Jika Ya, mohon jelaskan:

[Empty text box for explanation]

5. Hanya untuk Tertanggung wanita:

i. Apakah pernah/ sedang hamil?

Ya  
 Tidak

Jika Ya, mohon sebutkan kapan/ kapan tanggal perkiraan melahirkan:

[Empty text box for date]

ii. Apakah pernah mengalami gangguan kehamilan, payudara atau hormonal apapun, pernah/ disarankan untuk menjalani papsmear?

Ya  
 Tidak

Jika Ya, mohon jelaskan:

[Empty text box for explanation]

Dengan ini, saya menyatakan dan menyetujui bahwa:

1. Keterangan- keterangan di atas dibuat dengan sejujur- jujurnya, lengkap dan sesuai dengan keadaan sebenarnya dan akan digunakan sebagai dasar serta merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari polis yang diterbitkan.
2. Jika ada keterangan yang diberikan tidak benar, akan mengakibatkan batalnya pertanggungan, klaim tidak akan dibayarkan oleh Penanggung dan premi tidak dikembalikan.
3. Memberi kuasa kepada pihak ACA untuk meminta keterangan data apapun yang ada kepada pihak terkait seperti dokter, rumah sakit, puskesmas, perusahaan asuransi, atau organisasi lainnya. Juga, menyetujui pihak terkait untuk memberikan keterangan yang diperlukan pihak ACA.
4. Ketentuan- ketentuan yang terlampir sudah dibaca dan disetujui penerapannya.

Dibuat di ..... tanggal .....

(Nama dan tanda tangan pemohon)

**PT. ASURANSI CENTRAL ASIA**

Telah terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK)