ASK the EXPERTS
www.asuransigedung.com
Tetap Semangat, Hidup dengan perencanaan
M. Hadi P. Wijayaningrat
Qualified Insurance Practitioner
hp : 0815 8415 3838 / 0813 840 388 48
direct : 021- 4030 8999
hadi@asuransigedung.com

SURAT PERSETUJUAN KEPESERTAAN
ASURANSI KESEHATAN SIMAS SEHAT CORPORATE

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : _____

Jabatan : _____

Nama Perusahaan : _____

Jenis Industri : _____

Alamat Perusahaan : _____

_____

Dengan ini menyatakan setuju untuk melakukan Penutupan Asuransi Kesehatan Kumpulan Simas Sehat Corporate dengan Program dan ketentuan sebagai berikut :

1. Program yang dipilih : □ Rawat Inap (Plan ……..…….…….)
   : □ Rawat Jalan (Plan ……)
   : □ Melahirkan (Plan ……)
   : □ Rawat Gigi (Plan ……)
   : □ Kacamata (Plan ……)
   (*tabel jaminan secara detail terlampir*)
2. Sistem Pembayaran Klaim : □ Non Provider (Reimbursement)
   □ Provider untuk jaminan Rawat Inap
   □ Provider Swipe Card untuk : □ RJ □ RG
   <u>Ketentuan fasilitas Provider :</u>
   - Excess claim ditagih di Rumah Sakit (kecuali disetujui hal lainnya oleh Penanggung dengan pembayaran deposit provider)
   - Excess claim yang terjadi harus dibayar paling lambat 20 hari kalender sejak adanya pemberitahuan tertulis dari Penanggung.
   - Denda 2 ‰ per hari, jika excess tidak dibayar dalam jangka waktu yang sudah ditentukan
   - Penutupan fasilitas provider dalam hal premi tidak dibayar "atau" jumlah excess klaim melebihi 5% dari premi netto/maksimal Rp. 150.000.000 "atau" jumlah peserta yang mempunyai excess klaim melebihi 10% dari jumlah total peserta, mana saja yang lebih dahulu tercapai.
3. Periode Polis berlaku mulai tanggal : _____s/d _____
4. Pembayaran Klaim : □ Sistem Payroll
   : □ Rekening No _____ Nama Bank _____
   Nama Account _____
5. Data peserta dalam bentuk soft copy (format terlampir) PT. Asuransi Sinar Mas akan diserahkan pada tanggal _____ dan akan diproses oleh PT. Asuransi Sinar Mas dalam waktu maksimal 10 (sepuluh) hari kerja.
6. Untuk Pols dengan fasilitas provider, maka PT. Asuransi Sinar Mas menerbitkan Proforma Invoice untuk pembayaran premi sebesar 20% dari Premi Netto atau sebesar angsuran pertama (jika premi dibayar secara angsuran atas persetujuan PT. Asuransi Sinar Mas).
7. Proses klaim dan penerbitan Surat Jaminan (jika menggunakan fasilitas Provider) dapat dilakukan setelah proses pada point 5 telah selesai.
8. Pembayaran klaim akan dilakukan setelah pembayaran Premi Asuransi Kesehatan diterima oleh PT. Asuransi Sinar Mas

Karyawan yang berhak untuk diasuransikan adalah semua karyawan tetap penuh waktu, baik yang sudah ada maupun yang akan masuk kemudian, yang berusia di atas 18 tahun dan dibawah 60 tahun. Sedangkan tanggungan karyawan yang berhak diasuransikan adalah tanggungan karyawan yang memenuhi syarat sesuai dengan Polis Asuransi Kesehatan Simas Sehat Corporate.

…..……..,……. …….200..

_____

Tanda Tangan, Nama Jelas dan Stempel Perusahaan