

Tabel Manfaat (dalam Rp)

Besaran Santunan Program	
Plan 1	50,000,000
Plan 2	75,000,000
Plan 3	100,000,000

Tabel Premi (dalam rupiah)

Batas usia	Premi Tahunan		
	Plan 1	Plan 2	Plan 3
18 - 40	256,800	385,200	513,600
41 - 55	972,000	1,458,000	1,944,000
56 - 64	1,173,800	1,760,700	2,347,500

Nama Tertanggung * _____ P L Tanggal Lahir * _____
 Alamat Korespondensi * _____
 Kota _____ Kode Pos _____
 No. Telp Rumah _____ Kantor/Tempat Usaha _____ HP _____
 No. Fax _____ E-mail _____
 No. KTP * _____
 Status Menikah Belum Menikah lain-lain
 Pekerjaan Wiraswasta Pegawai Swasta Profesional
 Pegawai Negeri Pensiun lain-lain
 Bidang Usaha _____ Posisi _____

Data Penghasilan :

Keterangan Tambahan mengenai Data pemohon sehubungan dengan Prinsip mengenal Nasabah sesuai Keputusan Menteri Keuangan RI No.45/2003. Jumlah penghasilan tetap per tahun (Rupiah) :

Di bawah 10 juta 5 - 10 Juta 10 - 50 Juta Di atas 100 Juta
 Sumber dana untuk pembayaran premi : Gaji Tabungan/deposito lainnya, sebutkan :

NPWP (Jika ada)

Program WELLWOMAN Yang Dipilih :

Plan 1 : Rp 50.000.000,-
 Plan 2 : Rp 75.000.000,-
 Plan 3 : Rp 100.000.000,-

Pernyataan Metode Pembayaran Premi

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

Cash dibayarkan di kantor PT. Asuransi Central Asia
 ATM BCA No. Rek : 664.0246969 atas nama PT. Asuransi Central Asia
 Kartu Kredit, Nama Pemegang Kartu _____
 Visa/Master Card/BCA Card
 Masa berlaku (Bln/Thn)
 No. Verifikasi kartu kredit
 Tanda Tangan Pemegang Kartu _____

Saya memberi kuasa kepada BCA Card Center untuk membebaskan premi sebesar Rp. _____
 (_____) kepada rekening kartu kredit saya.

Pemberi 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.

Pernyataan Kesehatan (wajib diisi)

1. Apakah saat ini calon peserta asuransi mengalami gejala-gejala yang dapat menyebabkan calon peserta asuransi untuk meminta saran/berkonsultasi dengan dokter, menjalani investigasi secara medis atau pengobatan dalam waktu dekat ? Jika Ya, mohon diuraikan secara terinci.

2. Apakah calon peserta asuransi pernah menjalani test *pap smear (cervical smear)* dengan hasil yang abnormal atau disarankan dokter untuk mengulangi test pap smear dalam kurun waktu 6 bulan sejak terakhir ? Jika Ya, mohon diuraikan secara terinci.

3. Apakah calon peserta asuransi pernah menjalani atau disarankan untuk menjalani pemeriksaan, berkonsultasi dengan dokter spesialis untuk suatu penyakit atau kelainan seputar payudara ? (termasuk didalamnya benjolan pada payudara, *fibroadenoma, kista*, kelainan pada puting, radang payudara, perubahan sel yang abnormal, *carcinoma in situ*, kanker atau pertumbuhan) ? Jika Ya, mohon diuraikan secara terinci.

4. Apakah calon peserta asuransi pernah menjalani atau disarankan untuk menjalani pemeriksaan, berkonsultasi dengan dokter spesialis untuk suatu penyakit atau kelainan seputar mulut rahim, kandungan atau indung telur ? (termasuk didalamnya *kista ovarium*, pendarahan kandungan atau kelainan yang tidak biasa, pembesaran tidak normal pada rongga perut, tumor jaringan *fibrous, polip, carcinoma in situ*, kanker atau pertumbuhan) ? Jika Ya, mohon diuraikan secara terinci.

Dengan ini, saya menyatakan bahwa keterangan-keterangan tersebut diatas di buat dengan sejujur-jujurnya dan sesuai dengan keadaan sebenarnya dan akan digunakan sebagai dasar serta merupakan bagian dari polis yang diterbitkan. Jika keterangan yang diberikan tidak benar, akan mengakibatkan batalnya pertanggung dan ditolaknya setiap klaim oleh Penanggung

Tanggal _____

Tanda Tangan Pemohon

Tanda Tangan (broker/Agen)

Nama Hadi (P) WN

Kode Broker/Agen : 8675-00

Tanggal Efektif _____