FORMULIR APLIKASI ASURANSI **simas sehat** executive

Anda diminta untuk mengisi Formulir Aplikasi ini secara lengkap dan benar mengenai segala hal yang Anda ketahui dan atau seharusnya Anda ketahui. Dalam hal terdapat perbedaan fakta, maka Polis yang diterbitkan berdasarkan Formulir Aplikasi Asuransi ini dapat dibatalkan.

PEMOHON

Nama Pemohon :

Alamat Pemohon :

Alamat tempat tinggal Pemohon :

No. KTP :

No. Telepon : **Rumah** : **HP** :

Kantor : **Fax** :

E-mail :

Pekerjaan :

DOKTER LANGGANAN KELUARGA

No.	Nama	Alamat	Telepon	Keterangan
1				Sejak Tahun
2				Sejak Tahun
3				Sejak Tahun

CALON PESERTA YANG AKAN DIASURANSIKAN & PLAN YANG DIPILIH

Kode Peserta	Hubungan Peserta	Nama Peserta	Jenis Kelamin	Usia (Thn)	Tanggal Lahir (Tgl/Bln/Thn)	Berat Badan	Tinggi Badan
a	Pemohon		☐ P ☐ W			Kg	Cm
b	Suami/Istri		☐ P ☐ W			Kg	Cm
c	Anak		☐ P ☐ W			Kg	Cm
d	Anak		☐ P ☐ W			Kg	Cm
e	Anak		☐ P ☐ W			Kg	Cm

PLAN YANG DIPILIH : ☐ **Plan D** ☐ **Plan E** ☐ **Plan F** ☐ **Plan G** ☐ **Plan H** ☐ **Plan I**

(Lihat Tabel Jaminan)

BATAS GEOGRAFIS YANG DIPILIH *(Beri tanda pada pilihan Anda)*:

☐ **Seluruh Dunia TERMASUK Jepang, USA & Canada** ☐ **Seluruh Dunia KECUALI Jepang, USA & Canada**

PERIODE ASURANSI: *(Diisi oleh Penanggung)* **S/D**

Semua jawaban YA yang memerlukan uraian dan atau bila ruangan yang tersedia terasa kurang mohon menggunakan lembaran lain

	KODE PESERTA									
	a		b		c		d		e	
	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T
1. Apakah Calon Peserta Asuransi pernah mengalami pemeriksaan/pengobatan/menderita penyakit:										
a. Pengerasan sumsum tulang *(Multiple Sclerosis)*, Tremor *(gemetaran)*, Mati rasa										
b. Bronchitis, segala jenis penyakit Paru-paru, Asthma, Batuk darah, TBC, Saluran pernafasan										
c. Jantung *(sakit dada)*, Pembuluh darah, Tekanan Darah Tinggi/Rendah, Varises										
d. Syaraf otak, Lumpuh, Ayan, Stroke										
e. Segala jenis Kanker dan segala jenis Tumor / benjolan										
f. Hepatitis B, Hepatitis Non A Non B, Hepatitis C										
g. Lambung, Hati, Kandung empedu, Gangguan saluran pencernaan										
h. Kencing Manis, Ginjal (*seperti Infeksi Ginjal, Batu ginjal, Kolik, dll*), Saluran kemih, Kencing darah										
i. Radang Persendian, Rheumatik atau Gangguan tulang persendian dan penyakit Otot lain										
j. Demam yang berulang dan terus-menerus										
k. Mata, Telinga, Hidung, dan Tenggorokan										
l. Menderita Tuli, Cacat, kehilangan Penglihatan, Amputasi anggota tubuh										
m. Gondok, Hernia, Wasir atau Pendarahan										
n. Endometriosis, termasuk kelainan sistem reproduksi										
Untuk semua jawaban ya, harap ditulis kapan pertama kali Calon Peserta Asuransi didiagnosa penyakit tersebut serta sebutkan nama dan alamat dokter yang memeriksa.										
2. Apakah Calon Peserta Asuransi pernah menjalani bedah/operasi pencangkokan organ ke batang nadi *(aorta)*, atau penggantian katup jantung?										
Jika ya, kapan dan dimana?										
3. Apakah Calon Peserta Asuransi pernah mengalami:										
a. Operasi/pembedahan lainnya selain point (2)										
b. Dianjurkan untuk dibedah tetapi belum dilaksanakan										
Untuk jawaban ya, harap uraikan secara terperinci.										
4 a. Apakah Calon Peserta Asuransi pernah merokok dalam 12 bulan terakhir?										
b. Apakah Calon Peserta Asuransi sekarang masih merokok?										
Jika ya, rata-rata berapa batang rokok yang dikonsumsi tiap harinya: ☐ 1 - 10 batang ☐ 11 - 20 batang ☐ 21 - 30 batang ☐ > 30 batang										
Apakah Calon Peserta Asuransi pernah mengkonsumsi atau sekarang sedang mengkonsumsi obat bius/narkotik?										
Jika ya, harap berikan uraian terperinci.										
5. Apakah Calon Peserta Asuransi mengkonsumsi bir, anggur atau jenis minuman beralkohol lainnya?										
Jika ya, berapa rata-rata yang dikonsumsi tiap harinya? Harap berikan uraian terperinci.										
6. Apakah Calon Peserta Asuransi pernah menerima transfusi darah atau pernahkah ditolak sebagai pendonor darah? Jika ya, harap berikan uraian terperinci.										
7. Apakah saat ini Calon Peserta Asuransi sedang menjalani sistem perawatan secara medis atau sedang mengkonsumsi obat-obatan?										
Jika ya, harap tuliskan nama semua bentuk pengobatan dan nama obat yang sedang dikonsumsi tersebut.										
8. Apakah Calon Peserta Asuransi memiliki Polis Asuransi Kecelakaan, Kesehatan, Jiwa pada Perusahaan kami/lain?										
Jika ya, harap sebutkan nama Perusahaan tersebut, jenis pertanggungan dan jumlahnya.										
9. Pernahkah permohonan Asuransi Calon Peserta Asuransi ditolak, ditunda atau ditarik kembali atau sertifikat Asuransi tersebut diubah nilainya/dibatalkan/perpanjangannya ditolak ?										
10. Pernahkah Calon Peserta Asuransi mengajukan klaim untuk penyakit atau luka tubuh terhadap Perusahaan Asuransi?										
11. Dalam 3 tahun terakhir apakah Calon Peserta Asuransi ada yang berada di bawah pengawasan atau advis dokter?										
12. Adakah dari orang tua atau saudara kandung anda dan pasangan anda meninggal/menderita suatu penyakit sebelum mencapai usia 66 tahun?										
Jika ya, harap berikan uraian terperinci di bawah ini:										
a. Jantung										
b. Stroke										
c. Tekanan darah tinggi										
d. Diabetes										
e. Penyakit Ginjal										
f. Kanker										
g. Tumor										
h. Kelumpuhan *(paralysis)* atau penyakit menurun yang lain seperti Huntington's Chorea										
i. Penyakit mata seperti kebutaan, Katarak, atau Glaucoma										
13. Adakah dari anggota keluarga anda/saudara dekat anda yang menderita Tuberculosis (TBC), penyakit kejiwaan atau epilepsi? Jika ya, harap berikan uraian terperinci.										

PENTING! informasi di atas dipersiapkan oleh **Asuransi Sinar Mas** yang memberikan perlindungan untuk merangkum berbagai manfaat dan ketentuan dari kepemilikan asuransi ini. Informasi ini dibuat seringkas dan sejelas mungkin untuk memberikan gambaran mengenai manfaat yang diberikan kepada Anda. Karena Polis memuat segala persyaratan dan ketentuan secara lengkap dan terperinci, maka penafsiran terakhir dan segala peraturan serta pengajuan klaim ditentukan berdasarkan apa yang tertulis di dalam Polis.

PT. Asuransi Sinar Mas
Plaza Simas
Jl.KH. Fachrudin No. 18,
Jakarta Pusat 10250-Indonesia
24 Hour Customer Care
(021) 235 67 888 / 5050 7888
0881 1070 888 (WhatsApp)
Call Center (021) 5050 9999
Tlp. (021) 390 2141 (Hunting);
(021) 5050 9888 (Hunting)
Faks. (021) 390 2159/60
Email: info@sinarmas.co.id
Saran: saran@sinarmas.co.id
Customer Service:
CustomerService@sinarmas.co.id
Info Lowongan Kerja:
www.sinarmas.co.id/career

Asuransi Sinar Mas Official
as_sinarmas
Asuransi Sinar Mas Official

asmobi
ASURANSI SIMAS MOBILE

Terdaftar dan diawasi oleh:
OJK OTORITAS JASA KEUANGAN

Prom/SSE/V/2015-Rev 2

Q1. Bagaimana cara mendaftar pada simas sehat executive?
A1. Lengkapi dan tandatanganilah Formulir Aplikasi yang tersedia dan kembalikanlah kepada Asuransi Sinar Mas dengan melampirkan foto copy Kartu Identitas Diri, Formulir Pengkinian Nasabah dan Foto Copy Kartu Keluarga (untuk Kepesertaan Keluarga).

Q2. Bagaimana cara pembayaran premi?
A2. Selain via transfer, kami memberikan alternatif lain cara pembayaran premi melalui pendebetan rekening kartu kredit, Visa dan MasterCard.

Q3. Apakah simas sehat executive berlaku diseluruh dunia?
A3. **simas sehat** executive memberikan 2 alternatif pilihan bagi Anda yaitu:
1. Jaminan di seluruh dunia TERMASUK Jepang, USA & Canada
2. Jaminan di seluruh dunia KECUALI Jepang, USA & Canada

Q4. Benarkah simas sehat executive memberikan kemungkinan bagi Saya untuk berobat ke luar negeri?
A4. Anda mempunyai kebebasan untuk berobat di Rumah Sakit mana saja yang Anda inginkan sesuai dengan pilihan jaminan yang Anda pilih (*TERMASUK atau KECUALI Jepang, USA atau Canada*). Semua pilihan ada ditangan Anda. Anda bahkan dapat memilih dokter Anda.

Q5. Kapan pertanggungan Saya mulai berlaku?
A5. Pertanggungan akan mulai berlaku setelah Formulir Aplikasi Asuransi Anda disetujui oleh Penanggung dan Polis Asuransi telah Anda terima serta premi sekaligus telah dibayar lunas.

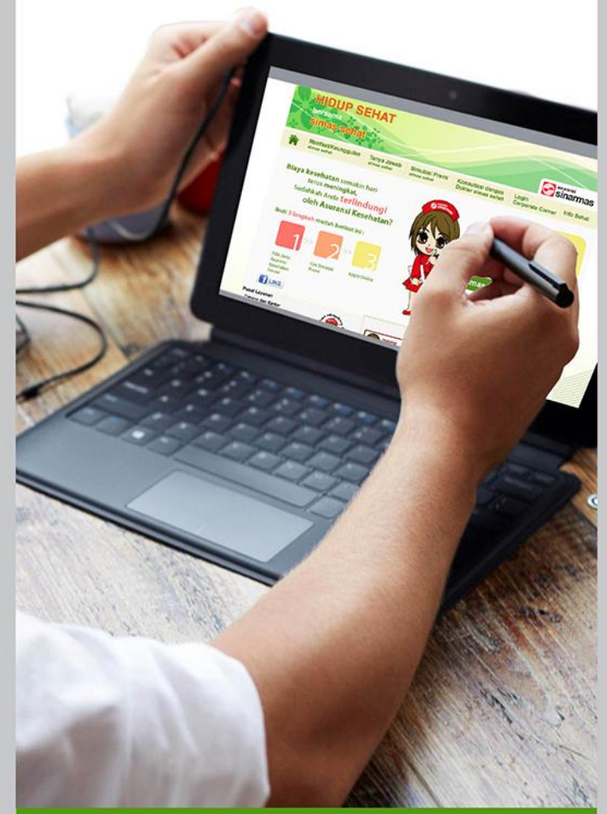
Q6. Apa saja yang dikecualikan oleh simas sehat executive?
A6. a. 30 hari pertama
Semua jenis penyakit yang terjadi / timbul dalam 30 hari pertama dari saat tanggal efektif Polis, kecuali yang disebabkan oleh kecelakaan.
b. 12 bulan pertama
Penyakit yang telah ada sebelumnya/Pre Existing Conditions meskipun belum pernah disadari sebelumnya (*Daftar penyakit terdapat di dalam Polis*). Penyakit-penyakit tersebut baru dapat dijamin, jika terjadi setelah Anda dijamin oleh **simas sehat** executive selama 12 bulan berturut-turut.
c. 18 bulan pertama
Semua jenis penyakit yang pernah diderita dan atau kondisi fisik yang tidak normal yang telah ada sebelum menjadi peserta **simas sehat** executive. Setelah lebih dari 18 bulan Anda menjadi peserta, penyakit tersebut akan dijamin asalkan:
- Anda sudah menginformasikan penyakit tersebut kepada Penanggung pada saat pengajuan Formulir Aplikasi Asuransi dan Penanggung telah menyetujui untuk menjamin penyakit tersebut.
- selama 18 bulan tersebut Anda tidak pernah berkonsultasi, meminta advis dokter, tidak menerima perawatan maupun pengobatan yang berkaitan dengan penyakit tersebut.
d. Pengecualian lain tercantum secara jelas didalam Polis.

Q7. Adakah hal penting lainnya yang perlu Saya ketahui sebelum memilih plan simas sehat executive?
A7. a. Jika Anda harus dirawat di rumah sakit di luar negeri ketika sedang berpergian atau bertugas ke luar negeri, **simas sehat** executive akan membayar sampai dengan limit plan yang Anda pilih.
b. Jika Anda memilih untuk dirawat di luar negeri, padahal perawatan tersebut dapat dilakukan di Indonesia, Anda wajib menanggung 20% dari batas biaya yang dikeluarkan.
c. Jika Anda dirawat di kamar yang biaya kamarnya lebih tinggi dari yang menjadi hak Anda, Anda wajib menanggung biaya-biaya yang terjadi secara proporsional terhadap total biaya perawatan.

Q8. Apakah Saya langsung berhak atas jaminan yang baru jika Saya menaikkan plan ?
A8. Jika pada saat kenaikan plan Anda telah menderita suatu ketidakmampuan secara fisik, maka batas jaminan yang dapat dibayarkan sehubungan dengan ketidakmampuan secara fisik tersebut dibatasi pada jaminan asuransi sesuai dengan plan yang lama dan akan tetap demikian hingga 6 bulan setelah tanggal peningkatan plan.

Question & Answer

simas sehat executive



Proteksi Kesehatan Anda

asuransi sinarmas

Calon Nasabah Yang Terhormat,

Dalam kehidupan, kita selalu dihadapkan kepada suatu resiko, baik berupa penyakit ataupun kecelakaan yang dapat terjadi kapan saja, dimana saja dan terhadap siapa saja.

simas sehat executive kami hadirkan untuk mengatasi resiko finansial yang mungkin timbul akibat kecelakaan, sakit maupun pembedahan yang membutuhkan rawat inap di Rumah Sakit dengan biaya yang terus meningkat dari waktu ke waktu.

simas sehat executive memberikan jaminan terluas dan kemudahan kepada Anda, diantaranya :

1. Mengganti SELURUH BIAYA RUMAH SAKIT sesuai dengan plan yang Anda pilih, termasuk :
   - Jaminan BIAYA RAWAT JALAN DARURAT sebagai akibat Kecelakaan.
   - Jaminan BIAYA OPERASI PLASTIK sebagai akibat Kecelakaan.
2. Jaminan BIAYA TRANSPLANTASI ORGAN TUBUH (*jantung, hati, paru-paru, ginjal dan sumsum tulang*).
3. Pembayaran premi yang MUDAH, yaitu via transfer maupun melalui pendebetan Kartu Kredit Visa/Master Card.

simas sehat executive hadir menjawab kebutuhan Anda dalam mencapai ketenangan dan kenyamanan dalam kehidupan sehari-hari.

Jangan biarkan penawaran yang sangat istimewa ini berlalu.

Salam hangat,
Asuransi Sinar Mas

Tabel Jaminan
simas sehat executive

Jenis Jaminan	Plan D	Plan E	Plan F	Plan G	Plan H	Plan I
Bagian I						
- Biaya Kamar & Menginap, per hari s/d 365 hari	500.000	600.000	700.000	800.000	900.000	1.000.000
- Biaya Kamar ICU/ICCU, per hari s/d 60 hari	1.000.000	1.200.000	1.400.000	1.600.000	1.800.000	2.000.000
- Biaya Aneka Perawatan Rumah Sakit	Sesuai Kwitansi	Sesuai Kwitansi	Sesuai Kwitansi	Sesuai Kwitansi	Sesuai Kwitansi	Sesuai Kwitansi
- Biaya Operasi/Pembedahan (termasuk Biaya Pembiusan, Biaya Kamar Bedah, Biaya Pemeriksaan 31 hari sebelum Pembedahan dan Biaya Perawatan 31 hari sesudah Pembedahan)	Sesuai Kwitansi	Sesuai Kwitansi	Sesuai Kwitansi	Sesuai Kwitansi	Sesuai Kwitansi	Sesuai Kwitansi
- Biaya Kunjungan Dokter di Rumah Sakit	Sesuai Kwitansi	Sesuai Kwitansi	Sesuai Kwitansi	Sesuai Kwitansi	Sesuai Kwitansi	Sesuai Kwitansi
- Biaya Kunjungan Dokter Ahli di Rumah Sakit	Sesuai Kwitansi	Sesuai Kwitansi	Sesuai Kwitansi	Sesuai Kwitansi	Sesuai Kwitansi	Sesuai Kwitansi
- Biaya Pemeriksaan Lab & Test Diagnostik 7 (tujuh) hari sebelum Perawatan Inap di Rumah Sakit	Sesuai Kwitansi	Sesuai Kwitansi	Sesuai Kwitansi	Sesuai Kwitansi	Sesuai Kwitansi	Sesuai Kwitansi
- Biaya Konsultasi Lanjutan s/d 60 hari setelah Lepas Rawat	Sesuai Kwitansi	Sesuai Kwitansi	Sesuai Kwitansi	Sesuai Kwitansi	Sesuai Kwitansi	Sesuai Kwitansi
- Biaya Transportasi Mobil Ambulance menuju Rumah Sakit (dalam keadaan darurat)	Sesuai Kwitansi	Sesuai Kwitansi	Sesuai Kwitansi	Sesuai Kwitansi	Sesuai Kwitansi	Sesuai Kwitansi
- Biaya Rawat Jalan Darurat akibat Kecelakaan	Sesuai Kwitansi	Sesuai Kwitansi	Sesuai Kwitansi	Sesuai Kwitansi	Sesuai Kwitansi	Sesuai Kwitansi
- Biaya Rawat Jalan Gigi akibat Kecelakaan	Sesuai Kwitansi	Sesuai Kwitansi	Sesuai Kwitansi	Sesuai Kwitansi	Sesuai Kwitansi	Sesuai Kwitansi
- Biaya Operasi/Bedah Plastik akibat Kecelakaan, per tahun	4.000.000	5.000.000	6.000.000	7.000.000	8.000.000	9.000.000
Batas maksimum penggantian per tahun	400.000.000	500.000.000	600.000.000	700.000.000	800.000.000	900.000.000
Bagian II						
- Transplantasi Organ Tubuh (jantung, hati, paru-paru, ginjal dan sumsum tulang), batas maksimum penggantian per tahun	200.000.000	250.000.000	300.000.000	350.000.000	400.000.000	450.000.000

Catatan :
1. **simas sehat** executive *juga tersedia dalam Plan yang lebih tinggi dan dalam mata uang US Dollar.*
2. *Minimum usia untuk anak : 30 hari.*
3. *Maksimum usia peserta dewasa yaitu ≤ 50 tahun, untuk kepesertaan awal atau sampai dengan 65 tahun untuk kepesertaan lanjutan.*
4. *Khusus polis perpanjangan, peserta yang berusia di atas 50 tahun harus melampirkan hasil General Check Up dan saran dokter atau hasil pemeriksaan tersebut.*
5. *Peserta diwajibkan berdomisili di Indonesia.*

Dokumen yang Dibutuhkan untuk Klaim

Klaim Asuransi Rawat Inap

Dokumen yang harus dilengkapi:

1. Formulir klaim yang telah diisi, dilengkapi dan ditandatangani oleh Tertanggung dan Dokter yang merawat serta Dokter Bedah (*bila ada pembedahan*).
2. Kwitansi-kwitansi asli dari Rumah Sakit beserta perincian dari biaya-biaya yang dikeluarkan atas perawatan tersebut (perincian penggunaan obat-obatan yang dikonsumsi dan pemeriksaan laboratorium yang dilakukan di Rumah Sakit).
3. Surat Kuasa kepada Penanggung untuk meminta informasi kepada pihak Rumah Sakit yang merawat.
4. Dokumen penunjang lainnya jika diperlukan, misalnya Hasil Pemeriksaan Laboratorium dan Medical Record dari Rumah Sakit.

Catatan :
Seluruh dokumen klaim tersebut harus diserahkan kepada Asuransi Sinar Mas sesegera mungkin dan tidak boleh melebihi 90 (sembilan puluh) hari dari saat terjadinya perawatan.