

FORMULIR APLIKASI ASURANSI **simas sehat gold**

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 : _____ No. KTP : _____
Alamat Pemohon : _____ E-mail : _____
Alamat tempat tinggal Pemohon : _____
No. Telepon : Rumah : _____ Kantor : _____
HP : _____ Fax : _____ Email : _____
Pekerjaan : _____ Bidang Usaha : _____
Sumber Dana : Gaji Usaha Sendiri Lainnya
Penghasilan per tahun : < Rp. 50 jt Rp. 50 jt - Rp. 100 jt > Rp. 100 jt

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		<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> W			Kg	Cm
b	Suami/Istri		<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> W			Kg	Cm
c	Anak		<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> W			Kg	Cm
d	Anak		<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> W			Kg	Cm
e	Anak		<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> W			Kg	Cm

PLAN YANG DIPILIH (Lihat Tabel Jaminan dan Premi pada Brosur) A B C D E F G H
TAMBAHAN ASURANSI KECELAKAAN DIRI Rp. 100 Juta Rp. 200 Juta Rp. 300 Juta Rp. 400 Juta Rp. 500 Juta

DATA AHLI WARIS	Nama	Jenis Kelamin	Tanggal Lahir	Hubungan	Persentasi

PERIODE ASURANSI (Diisi oleh Penanggung) _____ S/D _____

CARA PEMBAYARAN PREMI Bulanan Tahunan

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 (*gemeteran*), Mati rasa
b. Bronchitis, segala jenis penyakit Paru-paru, Asthma, Batuk darah, *Tuberculosis* (TBC), Saluran pefafasan
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
f. Hepatitis B, Hepatitis Non A Non B, Hepatitis C
g. Lambung, Hati, Kandung empedu, Gangguan saluran pencernaan
h. Kencing Manis, Ginjal (*Batu ginjal, Kolik*), 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 beraikohol 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 pertanggunganan dan jumlahnya.

9. Pernahkah permohonan Asuransi Calon Peserta Asuransi ditolak, ditunda atau ditarik kembali atau sertifikat Asuransi tersebut diubah nilainya/dibatalakan/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 TBC, penyakit kejiwaan atau epilepsi? Jika ya, harap berikan uraian terperinci.

PENTING! informasi di atas dipersiapkan oleh Asuransi Sinar Mas yang memberikan perlindungan untuk merangkul berbagai manfaat dan ketentuan dari kepemilikan asuransi ini. Informasi ini dibuat ringkas 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**


ASURANSI SIMAS MOBILE



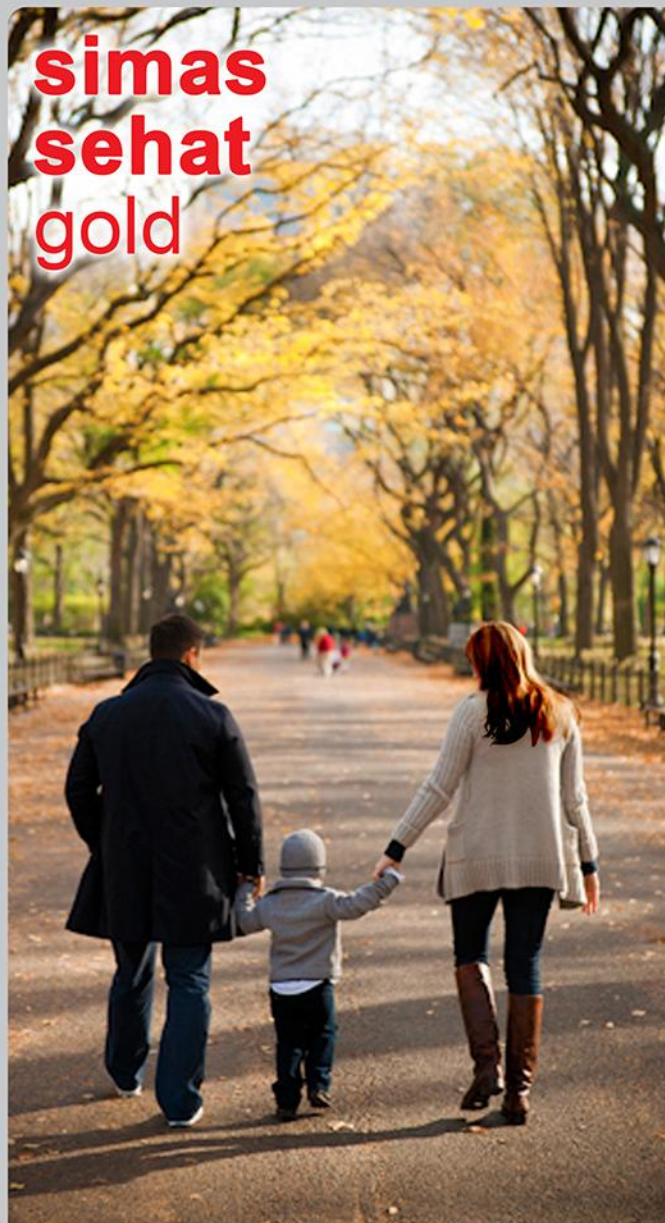
Terdaftar dan diawasi oleh:



Prom/ISSGN/2015-Rev 2

- q1. Siapa saja yang dapat menjadi Peserta dari Asuransi Kesehatan **simas sehat gold**?**
a1. Siapapun yang berusia 2 tahun sampai dengan 50 tahun (untuk Polis baru) atau 60 tahun (untuk Polis Perpanjangan) dan berdomisili di Indonesia. Kepesertaan anak dan pasangan tidak dapat berdiri sendiri dan harus bergabung dengan Pemegang Polis. Minimum usia peserta yang dapat membeli tambahan Asuransi Kecelakaan diri (PA) adalah 18 tahun.
- q2. Apakah diperlukan Medical Check-Up?**
a2. Tidak diperlukan Medical Check-Up (untuk peserta dengan usia dibawah atau sampai dengan 50 tahun). Namun Anda perlu mengisi Formulir Aplikasi Asuransi (FAA) yang berisi antara lain pernyataan riwayat kesehatan Anda.
- q3. Apakah Asuransi Kesehatan **simas sehat gold** menjamin perawatan di luar negeri?**
a3. 1. Jika Anda harus dirawat di rumah sakit di luar negeri ketika sedang berpergian atau bertugas ke luar negeri, **simas sehat gold** akan membayar sampai dengan limit plan yang Anda pilih.
2. Jika Anda memilih untuk dirawat di luar negeri, padahal perawatan tersebut dapat dilakukan di Indonesia, Anda wajib menanggung 20% dari batas biaya yang dikeluarkan.
- q4. Bagaimana jika Saya mengambil kamar dengan biaya yang lebih tinggi dari plan Saya?**
a4. Untuk penggantinya Anda wajib menanggung biaya-biaya yang terjadi secara proporsional terhadap seluruh total biaya perawatan.
- q5. Bagaimana Saya mendapatkan pelayanan kesehatan?**
a5. Sebagai Peserta Asuransi Kesehatan **simas sehat gold**, Anda mempunyai kebebasan untuk berobat di Rumah Sakit mana saja yang Anda inginkan sesuai dengan pilihan jaminan yang Anda pilih.
- q6. Apakah ada masa tunggu sebelum Saya dapat menikmati pertanggung Asuransi Kesehatan **simas sehat gold**?**
a6. Ya. Polis **simas sehat gold** mengecualikan semua penyakit yang timbul/terjadi selama 30 hari pertama sejak tanggal efektif polis, kecuali yang disebabkan oleh kecelakaan. Selain itu, penyakit yang secara medis dinyatakan bersifat kronis (*meskipun belum pernah disadari sebelumnya*) baru dapat dijamin, jika terjadi setelah Anda dijamin oleh **simas sehat gold** selama 12 bulan berturut-turut.
- q7. Bagaimana caranya Saya mengajukan klaim Asuransi Kesehatan? Kapan Saya dapat menerima penggantian biaya pelayanan kesehatan?**
a7. Sistem penggantian biaya pelayanan kesehatan **simas sehat gold** adalah sistem Reimbursement yang mana Tertanggung membayar terlebih dahulu biaya yang dibutuhkan. Untuk keperluan ini, mintalah dokter Anda untuk mengisi dan menandatangani Formulir Klaim, lampirkan dengan kwitansi asli dan dokumen penunjang lainnya, kemudian kirim ke **PT. Asuransi Sinar Mas**, Up. Accident & Health Insurance Division. Penggantian klaim akan dilakukan paling lambat 14 hari kerja setelah dokumen kami terima dengan lengkap. Untuk Polis dengan pembayaran premi bulanan, pembayaran klaim hanya akan dilakukan setelah Tertanggung melunasi seluruh sisa premi tahunan.
- q8. Bagaimana caranya apabila Saya ingin mengajukan permohonan Aplikasi Asuransi Kesehatan **simas sehat gold**?**
a8. Isi FAA dengan lengkap, satu keluarga cukup satu buah formulir. Lampirkan dengan fotokopi kartu identitas semua Calon Peserta yang berusia diatas 18 tahun serta formulir pengkinian nasabah dan foto copy kartu keluarga (untuk kepesertaan keluarga) faks ke nomor (021) 390 2159/60 atau Anda dapat menghubungi kami untuk keterangan lebih lanjut di nomor telepon (021) 390 2141 (Hunting) atau (021) 235 67 888 (24 Hour Customer Care).
- q9. Kapan pertanggung Asuransi Kesehatan Saya dimulai?**
a9. Asuransi Kesehatan Anda dimulai setelah FAA Anda disetujui oleh Penanggung dan Polis Asuransi telah Anda terima serta premi telah dibayar lunas (*untuk sistem pembayaran tahunan*) atau premi cicilan pertama berhasil kami debit dari Kartu Kredit Anda (*untuk sistem pembayaran bulanan*).
- q10. Bagaimana caranya membayar premi Asuransi Kesehatan Saya?**
a10. Premi **simas sehat gold** dapat dibayar dengan 2 cara, yaitu:
- Tahunan: Menggunakan Kartu Kredit atau transfer ke rekening PT. Asuransi Sinar Mas
- Bulanan: Auto Debet dari Kartu Kredit Visa/MasterCard Anda

Question & Answer



Proteksi Kesehatan Anda



Tabel Jaminan dan Premi **simas sehat gold**

Jenis Jaminan	Plan B	Plan D	Plan F	Plan H
1. Biaya Kamar dan Menginap, per hari (maks. 365 hari)	100.000	200.000	300.000	400.000
2. Biaya Kamar ICU/ICCU, per hari (maks. 60 hari)	200.000	400.000	600.000	800.000
3. Biaya Aneka Perawatan di Rumah Sakit				
4. Biaya Operasi/Pembedahan (termasuk Pembiusan dan Kamar Bedah)				
5. Biaya Kunjungan Dokter di Rumah Sakit (maks. 1x kunjungan per hari)				
6. Biaya Kunjungan Dokter Ahli di Rumah Sakit (per perawatan)	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan	Sesuai Tagihan
7. Biaya Pemeriksaan Lab. & Test Diagnostik (7 hari sblm Rawat Inap)				
8. Biaya Konsultasi Lanjutan (30 hari stlh Rawat Inap)				
9. Biaya Transportasi dengan mobil Ambulance menuju ke Rumah Sakit (dalam keadaan darurat).				
10. Biaya Rawat Jalan Darurat akibat Kecelakaan				
11. Biaya Rawat Darurat Gigi akibat Kecelakaan				
Batas Maksimum Penggantian per Kejadian	12.500.000	25.000.000	37.500.000	50.000.000
Batas Maksimum Penggantian per Tahun	50.000.000	100.000.000	150.000.000	200.000.000

Catatan : Silahkan menghubungi kami untuk pilihan Plan yang lebih lengkap

Calon Nasabah Yang Terhormat,

Kami yakin tidak ada seorangpun yang menginginkan jatuh sakit atau mengalami kecelakaan sehingga harus menjalani Rawat Inap di Rumah Sakit. Tetapi hal yang tidak kita inginkan ini bisa terjadi kapan saja dan dimana saja pada kita semua.

Program **simas sehat gold** 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 gold memiliki beberapa keunggulan, diantaranya:

1. Jaminan yang sangat luas bila dirawat inap di Rumah Sakit.
2. Tidak ada "Inner Limit".
3. Pertanggungjawaban/Jaminan yang berlaku di seluruh dunia.
4. Murah dan mudah.
5. "No Claim Bonus" senilai 2 bulan premi.
6. Gratis Jaminan Asuransi Kecelakaan Diri Rp. 10.000.000,-

Kami yakin **simas sehat gold** dapat menjawab kebutuhan Anda untuk mencapai ketenangan dan kenyamanan dalam kehidupan sehari-hari dimana saja dan kapan saja Anda beraktivitas.

Jangan biarkan penawaran yang sangat istimewa ini berlalu.

Salam hangat,
Asuransi Sinar Mas



Premi Bulanan

dalam Rupiah (Rp)

Usia Peserta	Plan B	Plan D	Plan F	Plan H
2 - 19 Thn	22.300	44.600	66.200	88.250
20 - 29 Thn	42.000	83.950	112.150	127.350
20 - 39 Thn	60.500	121.000	134.750	148.450
40 - 49 Thn	68.550	137.050	153.050	169.050
50 - 55 Thn	90.550	181.050	204.400	227.750
56 - 60 Thn	108.800	217.500	245.450	273.400

Catatan : Usia maksimum untuk peserta baru adalah 50 tahun

dalam Rupiah (Rp)

Harga Pertanggunggaan PA ¹	Premi
100.000.000	10.200
200.000.000	20.400
300.000.000	30.000
400.000.000	40.800
500.000.000	50.400

¹ PA = Personal Accident

Harga pertanggunggaan PA maksimal 36x pendapatan rata-rata perbulan. Jika menginginkan harga pertanggunggaan diatas nilai tersebut, maka Anda dapat membeli produk PA secara tersendiri dengan menghubungi marketing kami.

Perincian Ganti Rugi Asuransi Kecelakaan Diri

Jenis Jaminan	Penggantian	
Meninggal Dunia Akibat Kecelakaan	100%	
Cacat Tetap Seluruhnya Gangguan Jiwa Total, Buta Kedua Mata, Lumpuh kedua belah kaki dari pinggul ke bawah	100%	
Cacat Tetap Sebagian Kebutaan pada sebelah mata Ketulian pada kedua telinga Ketulian total pada sebuah telinga Kebisuan total selama-lamanya Impotensi	40%	50%
Kehilangan Seluruhnya (Pada orang kidal adalah sebaliknya)	Kanan	Kiri
Lengan dari sendi bahu	60%	50%
Lengan dari sendi siku	50%	45%
Tangan dari sendi pergelangan	40%	35%
Ibu Jari tangan dari sendi pangkal jari	20%	15%
Jari Telunjuk dari sendi pangkal jari	10%	10%
Jari Tengah dari sendi pangkal jari	10%	10%
Jari Manis dari sendi pangkal jari	10%	10%
Jari Kelingking dari sendi pangkal jari	5%	5%
Kaki dari pangkal paha	50%	40%
Kaki dari paha atau sendi lutut	40%	40%
Kaki dari pergelangan kaki	40%	40%
Ibu jari kaki	20%	20%
Jari kaki yang lain	5%	5%

Dokumen yang dibutuhkan untuk klaim

A. 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.

B. Klaim Asuransi Kecelakaan Diri

Dokumen yang harus dilengkapi:

1. Formulir klaim yang telah diisi dan ditandatangani.
2. Fotocopy KTP/Identitas diri.
3. Fotocopy SIM (jika mengendarai Kendaraan Bermotor).
4. Kronologis dan berita acara terjadinya kecelakaan.
5. Asli Surat Laporan Kepolisian (Kecelakaan lalu lintas, penganiayaan, dan kasus2 yang relevan lainnya).
6. Asli Kwitansi-kwitansi biaya pengobatan.
7. Foto Rontgen (bila ada).
8. Dokumen-dokumen lain yang dapat mendukung klaim ini.

Bila meninggal dunia disertakan dokumen sebagai berikut:

9. Asli/legalisir Visum et Repertum dari Rumah Sakit.
10. Asli/legalisir Surat keterangan pemeriksaan mayat dari Rumah Sakit.
11. Asli/legalisir Surat keterangan kematian dari kelurahan.
12. KTP Asli.

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. Pembayaran klaim hanya akan dilakukan setelah Tertanggung melunasi seluruh sisa premi tahunan.

Tabel Premi Jaminan Simas Sehat Gold



Luas Jaminan	SSG 200	SSG 300	SSG 400	SSG 500	SSG 600	SSG 700	SSG 800
Biaya Kamar dan Menginap, maks 365 hari per hari	200.000	300.000	400.000	500.000	600.000	700.000	800.000
Biaya Kamar ICU/ICCU, maksimum 60 hari, per hari	400.000	600.000	800.000	1.000.000	1.200.000	1.400.000	1.600.000
Biaya Aneka Perawatan di Rumah Sakit	As Charged	As Charged	As Charged	As Charged	As Charged	As Charged	As Charged
Biaya Operasi/Pembedahan (termasuk Biaya Pembiusan dan Biaya Kamar Bedah)							
Biaya Kunjungan Dokter di Rumah Sakit, maks 1 kunj per hari							
Biaya Kunjungan Dokter Ahli di Rumah Sakit, maksimum 1 kunj per hari							
Biaya Pemeriksaan Laboratorium & Test Diagnostik (7 hari)							
Biaya Konsultasi Lanjutan (30 hari)							
Biaya Transportasi dengan Mobil Ambulance menuju ke Rumah Sakit (dalam keadaan darurat)							
Perawatan Darurat Gigi Akibat Kecelakaan							
Rawat Jalan Darurat Akibat Kecelakaan							
Santunan Tunai Harian (Perawatan BPJS), maks 365 hari, per hari							
Gratis Asuransi Kecelakaan Diri	10 juta	10 juta	10 juta	10 juta	10 juta	10 juta	10 juta
Batas Max Penggantian per Tahun	100 Juta	150 Juta	200 Juta	250 Juta	300 Juta	350 Juta	400 Juta

Tabel Premi Jaminan Simas Sehat Gold



Luas Jaminan	SSG 200	SSG 300	SSG 400	SSG 500	SSG 600	SSG 700	SSG 800
Premi Bulanan							
Usia	SSG 200	SSG 300	SSG 400	SSG 500	SSG 600	SSG 700	SSG 800
15 hari - 19 tahun	77.000	105.000	135.000	169.000	203.000	237.000	270.000
20 tahun - 29 tahun	119.000	153.000	171.000	214.000	257.000	300.000	342.000
30 tahun - 39 tahun	164.000	180.000	197.000	247.000	296.000	345.000	394.000
40 tahun - 49 tahun	183.000	202.000	222.000	278.000	333.000	389.000	444.000
50 tahun - 55 tahun	236.000	264.000	293.000	367.000	440.000	513.000	586.000
56 tahun - 60 tahun	280.000	314.000	348.000	435.000	522.000	609.000	696.000
61 tahun - 65 tahun *	364.000	408.000	452.000	565.000	678.000	791.000	904.000
65 tahun - 70 tahun *	510.000	571.000	633.000	792.000	950.000	1.108.000	1.266.000
70 tahun - 75 tahun *	764.000	857.000	949.000	1.187.000	1.424.000	1.661.000	1.898.000
Premi Tahunan							
Usia	SSG 200	SSG 300	SSG 400	SSG 500	SSG 600	SSG 700	SSG 800
15 hari - 19 tahun	924.000	1.260.000	1.620.000	2.028.000	2.436.000	2.844.000	3.240.000
20 tahun - 29 tahun	1.428.000	1.836.000	2.052.000	2.568.000	3.084.000	3.600.000	4.104.000
30 tahun - 39 tahun	1.968.000	2.160.000	2.364.000	2.964.000	3.552.000	4.140.000	4.728.000
40 tahun - 49 tahun	2.196.000	2.424.000	2.664.000	3.336.000	3.996.000	4.668.000	5.328.000
50 tahun - 55 tahun	2.832.000	3.168.000	3.516.000	4.404.000	5.280.000	6.156.000	7.032.000
56 tahun - 60 tahun	3.360.000	3.768.000	4.176.000	5.220.000	6.264.000	7.308.000	8.352.000
61 tahun - 65 tahun *	4.368.000	4.896.000	5.424.000	6.780.000	8.136.000	9.492.000	10.848.000
65 tahun - 70 tahun *	6.120.000	6.852.000	7.596.000	9.504.000	11.400.000	13.296.000	15.192.000
70 tahun - 75 tahun *	9.168.000	10.284.000	11.388.000	14.244.000	17.088.000	19.932.000	22.776.000

* Khusus Perpanjangan Saja 50 Tahun Ke atas Harus MCU