

## RINGKASAN INFORMASI PRODUK DAN LAYANAN (RIPLAY) ASURANSI KESEHATAN VERSI UMUM

<b>Nama Penerbit</b>	<b>PT Asuransi Umum Bumiputera Muda 1967</b> <i>(Berizin dan Diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan/OJK)</i>
<b>Jenis Produk</b>	Asuransi Umum
<b>Nama Produk</b>	Asuransi Kesehatan
<b>Mata Uang</b>	Dalam Rupiah
<b>Deskripsi Produk</b>	Asuransi kesehatan adalah produk asuransi yang memberikan jaminan pertanggunggaan atas biaya perawatan kesehatan yang komprehensif, produk ini memberikan manfaat pertanggunggaan saat tertanggung dirawat inap di rumah sakit dan juga manfaat pertanggunggaan lain untuk pemeliharaan/perawatan kesehatan tertanggung.



## FITUR UTAMA ASURANSI

<b>Objek Pertanggunggaan</b>	Karyawan dan Keluarga
<b>Uang Pertanggunggaan</b>	Sesuai Kelas Kamar
<b>Masa Pertanggunggaan</b>	1 Tahun (365 hari)
<b>Premi</b>	Harga Pertanggunggaan x Tarif Premi. Tarif premi sesuai ketentuan dari penanggung.
<b>Periode Pembayaran Premi</b>	Setiap premi terhutang harus sudah dibayar lunas dan secara nyata telah diterima seluruhnya oleh penanggung dalam hal: Jangka waktu pertanggunggaan 30 (tiga puluh) hari atau lebih, maka pelunasan pembayaran premi harus dilakukan dalam tenggang waktu 14 (empat belas) hari kalender terhitung sejak tanggal mulai berlakunya Polis; Jangka waktu pertanggunggaan tersebut kurang dari 30 (tiga puluh) hari, pelunasan pembayaran premi harus dilakukan pada saat Polis diterbitkan.



## MANFAAT

Manfaat yang disajikan meliputi:

Besar manfaat pertanggung jawaban untuk setiap item pelayanan kesehatan adalah sebagaimana terlampir.

### 1. Rawat Inap (Inpatient = IP)



Rawat Inap adalah perawatan yang dilakukan di Rumah Sakit, yang secara medis diperlukan sekurang-kurangnya 8 (delapan) jam atas ketidakmampuan yang dijamin dan atas instruksi serta pengawasan dokter.

Manfaat yang diberikan meliputi biaya-biaya atas klaim sesuai batas maksimum plafon rawat inap yang ditetapkan dalam Polis, meliputi :

- ✓ Kamar Rawat dan Makan Per hari.
- ✓ Kamar Perawatan Intensif Per hari.
- ✓ Kunjungan Dokter Umum Per hari.
- ✓ Kunjungan Dokter Spesialis Per hari.
- ✓ Operasi/Pembedahan Per pembedahan.
- ✓ Aneka Biaya Medis Perawatan Per ketidakmampuan.
- ✓ Perawatan Sebelum atau Sesudah Rawat Inap Per Ketidakmampuan.
- ✓ Perawat Pribadi di Rumah Sakit Per hari.
- ✓ Biaya Ambulans Per ketidakmampuan.
- ✓ Rawat Jalan Darurat Akibat Kecelakaan Per ketidakmampuan.
- ✓ Rawat Gigi Darurat Akibat Kecelakaan Per ketidakmampuan.
- ✓ Santunan duka jika bertanggung mengalami risiko meninggal dunia baik akibat kecelakaan maupun bukan akibat kecelakaan.
- ✓ Santunan jika bertanggung mengalami risiko cacat tetap total/sebagian akibat kecelakaan.

### 2. Rawat Jalan (Outpatient = OP)



Rawat jalan adalah semua jenis perawatan atau pemeliharaan kesehatan yang dilakukan oleh Dokter Umum/Dokter Spesialis/Dokter Gigi dengan atau tanpa obat dan tidak sedang mengalami perawatan inap. Jaminan pertanggung jawaban rawat jalan meliputi, meliputi :

- ✓ Konsultasi Dokter Umum Per hari.
- ✓ Semua obat dijamin sesuai limit plafon.
- ✓ Konsultasi Dokter Spesialis Per hari.
- ✓ Penggantian Biaya Obat Per coverage.
- ✓ Pemeriksaan Diagnostik Per coverage.
- ✓ Fisioterapi Per hari.

### 3. Persalinan (Maternity = MT)



Manfaat pertanggung jawaban yang diberikan meliputi biaya-biaya atas klaim sesuai batas maksimum plafon yang ditetapkan dalam Polis, meliputi :

- ✓ Persalinan Normal Per Persalinan.
- ✓ Persalinan dengan Pembedahan Per Persalinan.
- ✓ Keguguran Legal Per coverage.
- ✓ Pemeriksaan Kehamilan Per coverage.

#### 4. Rawat Gigi (Dental = DT)



Manfaat pertanggunggaran yang diberikan meliputi biaya-biaya atas klaim sesuai batas maksimum plafon yang ditetapkan dalam Polis, meliputi :

- ✓ Perawatan Gigi Dasar Per tahun.
- ✓ Tindakan Gigi Kompleks Per tahun.
- ✓ Tindakan Perbaikan Gigi Per tahun.
- ✓ Tindakan Pencegahan Gigi Per tahun.
- ✓ Penggantian Gigi Palsu Per tahun.

#### 5. Manfaat Tambahan



Bisa disesuaikan dengan permintaan pemegang polis.

## RISIKO



1. Klaim ditolak karena objek pertanggunggaran mengalami kerugian/kerusakan yang disebabkan oleh hal-hal yang dikecualikan dari pertanggunggaran.
2. Pembatalan polis secara otomatis/sepihak yang dilakukan oleh penanggung yang disebabkan karena tertanggung melakukan pembayaran premi melebihi batas waktu yang sudah ditentukan.
3. Tertanggung tidak mendapatkan ganti rugi yang disebabkan karena adanya laporan yang tidak benar atas kerugian yang diderita, misalnya tidak mengungkapkan sesuai fakta atau membuat laporan palsu.
4. Tertanggung tidak mendapatkan ganti rugi apabila menginformasikan kepada penanggung melebihi batas waktu yang sudah ditentukan terkait dengan perubahan resiko yang dijamin dan/atau kerugian atau kerusakan yang diderita.

## BIAYA



1. **Tarif premi** : Tarif premi dihitung berdasarkan ketentuan yang sudah ditetapkan oleh Otoritas Jasa Keuangan.
2. **Biaya Akuisisi** : Perusahaan membayarkan biaya akuisisi sesuai ketentuan OJK.
3. **Biaya Administrasi** : Tertanggung dikenakan Biaya Administrasi yang terdiri dari biaya polis dan biaya materai.

## PENGECUALIAN

Pertanggungjawaban ini tidak berlaku atas penggantian biaya perawatan medis dan biaya terkait lainnya yang disebabkan oleh hal-hal berikut, kecuali ditentukan lain secara khusus dalam ketentuan tambahan, yakni :

1. Peserta tidak atau belum terdaftar dalam Daftar Peserta yang diterbitkan oleh PT. Asuransi Bumiputera Muda 1967.
2. Peserta yang menyumbangkan organ tubuh dan/atau darahnya kepada orang lain.
3. Prosedur medis atau bedah yang bersifat eksperimental, seperti akupunktur, akupresur pengobatan dengan mempergunakan tumbuhan/jamu/tradisional, hipnotis, aromaterapi, *massage therapy*, *sinshe*, dukun, tabib dan sejenisnya.  
Pemberian vitamin dan atau supplement atau multivitamin yang tidak berhubungan dengan suatu penyakit atau pemberian Vitamin yang berlebihan.
4. Immunisasi di luar immunisasi dasar yang telah ditetapkan oleh pemerintah.  
Perawatan/pengobatan terhadap *HIV*, *AIDS*, dan penyakit yang berhubungan dengan/disebabkan oleh melemahnya daya tahan oleh karena penyakit *AIDS*;
5. Penyakit kelamin (Penyakit Hubungan Seksual/PHS) dan/atau segala akibatnya.  
Pengobatan/perawatan yang berhubungan langsung/tidak langsung dengan pengguguran kandungan (kecuali untuk menyelamatkan jiwa yang bersangkutan sesuai dengan indikasi medis), sterilisasi, gangguan hormonal (*premenopause*, *hormonal imbalance*) termasuk segala yang berkaitan dengan menstruasi, endometriosis, gangguan menstruasi & menopause.
6. Cedera yang timbul langsung/tidak langsung oleh perang, pemogokan, kerusakan, huru-hara atau yang disebabkan oleh keikutsertaan dalam kegiatan organisasi militer, setiap tindak terorisme dan bencana alam.
7. Pemeriksaan fisik rutin atau yang tidak berhubungan dengan perawatan/diagnosa penyakit, kecuali yang ditetapkan secara khusus dalam polis
8. Cedera dan atau penyakit yang diakibatkan gangguan kejiwaan seperti *neurastenia*, *anxiety state*, perawatan istirahat atau perawatan sanitasi, gangguan psikosomatis, kecanduan obat atau alkohol.
9. *Congenital diseases* (kelainan-kelainan bawaan), khitanan, sterilisasi, inseminasi buatan, perubahan jenis kelamin, diagnosa dan pengobatan ketidaksuburan.
10. Pengobatan dan perawatan penyakit akibat penggunaan narkotika; psikotropika dan zat adiktif lainnya (NAPZA) dan minuman beralkohol.
11. Pemeriksaan refraksi mata, operasi katarak, koreksi/tindakan untuk kelainan refraksi mata, termasuk tapi tidak terbatas pada kaca mata, bedah lasik, bedah penempatan lensa dalam mata kecuali dicantumkan dalam rincian manfaat.
12. Penggunaan alat-alat bantu buatan seperti protesa alat pacu jantung, kacamata, alat bantu dengar, stent (balon dan ring) dan pelayanan non medis.
13. Bedah atau perawatan kosmetika yang berhubungan dengan kecantikan.
14. Cuci darah.
12. Keadaan yang telah ada sebelumnya (*pre existing condition*).
13. Hal-hal lain sebagaimana tertuang pada Ketentuan Umum Polis.

## PERSYARATAN DAN TATA CARA



### 1. Tata Cara Menjadi Pemegang Polis / Tertanggung

Untuk dapat menjadi peserta asuransi Anda harus mengisi dan menandatangani Surat Permohonan Penutupan Asuransi (SPPA) dengan melampirkan *copy* kartu identitas Anda, dan melampirkan syarat yang ditetapkan dalam SPPA. Selanjutnya Anda dapat menyerahkannya kepada agen kami. Perusahaan asuransi akan melakukan *assessment underwriting* terhadap permintaan penutupan tersebut.

#### Survey Risiko

2. Penanggung dapat meminta untuk melakukan survey risiko tempat Harta Benda berada.



### 3. Informasi Lebih Lanjut

Untuk informasi lebih lanjut tentang produk ini Anda dapat menghubungi agen asuransi kami yang terdekat dengan Anda, Anda juga dapat mengunjungi *website* kami atau Anda juga dapat menghubungi alamat sebagai berikut:

#### PT Asuransi Umum Bumiputera Muda 1967

Jl. Wolter Monginsidi No. 63, Kebayoran Baru, Jakarta Selatan

Phone : 021-7222685

E-mail : [cs@bumida.co.id](mailto:cs@bumida.co.id) dan di CC-kan ke [headoffice@bumida.co.id](mailto:headoffice@bumida.co.id)  
dan [divisi\\_sekper@bumida.co.id](mailto:divisi_sekper@bumida.co.id)

Website : [www.bumida.co.id](http://www.bumida.co.id)



### 4. Tata Cara Pembatalan Polis

Apabila anda menghendaki pembatalan atas polis anda, anda dapat menyampaikannya secara tertulis dan diserahkan kepada kami.



### 5. Tata Cara Penyelesaian Klaim Asuransi

#### Prosedur Penanganan Klaim Askes

- (a) Klaim harus disampaikan (diajukan) oleh Tertanggung selambat-lambatnya 60 hari kalender setelah tanggal kwitansi dibuat.
- (b) Klaim yang diajukan setelah jangka waktu tersebut tanpa suatu alasan yang kuat dapat ditolak.
- (c) Klaim harus selalu disertai formulir "**Pemberitahuan Klaim**" yang sesuai dengan ketentuan harus diisi oleh :
  - Orang yang mengajukan klaim (orang tuanya bila yang sakit seorang anak)
  - Dokter yang merawat
  - Administrator Rumah Sakit bila ini diperlukan
- (d) Klaim harus disertai fotocopy Polis dan nama peserta

#### Dokumen Klaim Askes

- (a) Formulir Klaim Askes
- (b) Kwitansi Pengobatan
- (c) Rincian Biaya pengobatan
- (d) Copy Resep
- (e) Resume Medis
- (f) Hasil Pemeriksaan Laboratorium/Radiologi
- (g) Surat Keterangan COB (Apabila dicover asuransi lain)
- (h) FC Kartu Peserta/Daftar Peserta

## BENEFIT

TABEL MANFAAT PERTANGGUNGAN ASURANSI KESEHATAN  
**BUMIDA HEALTHCARE**  
Masa Pertanggung : 12 Bulan

RAWAT INAP (INPATIENT)	Batas Maksimum	VVIP	VIP	I	II	III
Kamar	per hari	1,000,000	750,000	500,000	250,000	150,000
Kamar Semi ICU/Isolasi (Maks. 15 hari/kejadian)		1,500,000	1,125,000	750,000	375,000	225,000
Kamar ICU/ICCU/NICU (Maks. 15 hari/kejadian)	per hari	2,000,000	1,500,000	1,000,000	500,000	300,000
Kunjungan Dokter Umum	per hari	100,000	80,000	70,000	60,000	55,000
Konsultasi Dokter Spesialis	per hari	250,000	200,000	150,000	125,000	110,000
<b>Pembedahan</b>						
Bedah Kompleks	per pembedahan	60,000,000	45,000,000	30,000,000	15,000,000	9,000,000
Bedah Besar	per pembedahan	30,000,000	22,500,000	15,000,000	7,500,000	4,500,000
Bedah Sedang	per pembedahan	18,000,000	13,500,000	9,000,000	4,500,000	2,700,000
Bedah Kecil	per pembedahan	12,000,000	9,000,000	6,000,000	3,000,000	1,800,000
Aneka Biaya Medis Perawatan	per kejadian	15,000,000	11,250,000	7,500,000	3,750,000	2,250,000
Sebelum/Setelah Perawatan	per kejadian	3,000,000	2,250,000	1,500,000	750,000	500,000
Perawat Pribadi	per hari	80,000	65,000	55,000	50,000	45,000
Ambulan	per kejadian	500,000	350,000	250,000	200,000	150,000
Rawat Jalan Darurat Kecelakaan	per kejadian	2,500,000	2,000,000	1,500,000	750,000	500,000
Rawat Gigi Darurat Kecelakaan	per kejadian	2,500,000	2,000,000	1,500,000	750,000	500,000
<b>Co - Share</b>		<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>
Santunan Meninggal Natural	per kejadian	10,000,000	7,500,000	5,000,000	2,500,000	1,500,000
Santunan Meninggal Kecelakaan	per kejadian	10,000,000	7,500,000	5,000,000	2,500,000	1,500,000
Cacat Tetap Akibat Kecelakaan	per kejadian	10,000,000	7,500,000	5,000,000	2,500,000	1,500,000
<b>Maksimum Santunan</b>				<b>Tak Terbatas</b>		

RAWAT JALAN (OUTPATIENT)	Batas Maksimum	VVIP	VIP	I	II	III
Konsultasi Dokter Umum (Maks. 10 kali)	per kunjungan per hari	150,000	100,000	75,000	60,000	50,000
Konsultasi Dokter+Obat	per kunjungan per hari	250,000	200,000	150,000	120,000	100,000
Konsultasi Dokter Spesialis (Maks. 5 kali)	per kunjungan per hari	250,000	200,000	150,000	125,000	110,000
Obat-obatan	per coverage	2,250,000	1,500,000	1,125,000	900,000	750,000
Pemeriksaan Diagnostik	per coverage	750,000	500,000	375,000	300,000	250,000
Fisioterapi (Maks. 10 kali)	per kunjungan per hari	225,000	150,000	112,500	90,000	75,000
Biaya Administrasi	per kunjungan per hari	100,000	75,000	60,000	50,000	35,000
<b>Co - Share</b>		<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>
<b>Maksimum Santunan</b>	per tahun	<b>6,308,750</b>	<b>4,531,250</b>	<b>3,495,000</b>	<b>2,880,750</b>	<b>2,424,500</b>

RAWAT GIGI (DENTAL)	Batas Maksimum	VVIP	VIP	I	II	III
Perawatan Gigi Dasar	per coverage	750,000	500,000	400,000	250,000	200,000
Tindakan Gigi Kompleks	per coverage	1,500,000	1,000,000	800,000	500,000	400,000
Perawatan Perbaikan	per coverage	750,000	500,000	400,000	250,000	200,000
Tindakan Pencegahan	per coverage	750,000	500,000	400,000	250,000	200,000
Gigi Palsu	per coverage	1,500,000	1,000,000	800,000	500,000	400,000
<b>Co - Share</b>		<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>

PERSALINAN (MATERNITY)	Batas Maksimum	VVIP	VIP	I	II	III
Melahirkan Normal	per kehamilan	7,500,000	5,000,000	4,000,000	3,500,000	2,500,000
Melahirkan dengan Pembedahan	per kehamilan	15,000,000	10,000,000	8,000,000	7,000,000	5,000,000
Keguguran Legal	per kehamilan	7,500,000	5,000,000	4,000,000	3,500,000	2,500,000
Pemeriksaan Kehamilan	per kehamilan	2,700,000	2,250,000	1,800,000	1,350,000	1,125,000
<b>Co - Share</b>		<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>

## SIMULASI



### Simulasi

1. Premi : Harga Pertanggungan x Tarif Premi
2. Biaya Materai

TARIF PREMI PESERTA  
**BUMIDA HEALTHCARE**  
 Masa Pertanggungan : 12 Bulan

CLASS	STATUS	PREMI PER PESERTA (Rp Ribu)			
		IP	MA	OP	DE
VVIP	Pria	1.720,90		2.352,30	668,40
	Wanita	1.881,80	1.858,70	2.583,60	668,40
	Anak	1.237,90		1.658,30	467,90
VIP	Pria	1.359,50		1.685,00	445,60
	Wanita	1.484,40	1.357,90	1.849,60	445,60
	Anak	985,00		1.191,20	311,90
I	Pria	998,60		1.314,70	356,50
	Wanita	1.087,40	1.108,20	1.442,20	356,50
	Anak	732,30		932,00	249,50
II	Pria	633,00		1.092,20	222,80
	Wanita	685,10	954,70	1.197,50	222,80
	Anak	476,40		776,30	156,00
III	Pria	470,50		912,50	178,30
	Wanita	506,40	703,30	999,80	178,30
	Anak	362,70		650,50	124,80

\*) Usia Peserta Maksimum 55 tahun.

### Perhitungan Manfaat Asuransi

Seorang peserta asuransi mengalami rawat inap selama 5 hari dengan diagnosa thypoid fever menghabiskan biaya Rp. 12.250.000,- Peserta memiliki plan VIP, maka sesuai dengan kuitansi rawat inap yang ada dapat dihitung manfaat asuransi sebagai berikut :

Uraian	Limit	Klaim Masuk	Klaim Dibayar	Remarks
<b>Biaya kamar &amp; menginap</b>				
Lama Hari	5	5	5	
Biaya/hari	750,000	250,000	250,000	
<b>Total</b>	<b>3,750,000</b>	<b>1,250,000</b>	<b>1,250,000</b>	
<b>Biaya Aneka Perawatan RS</b>	<b>11,250,000</b>	<b>9,500,000</b>	<b>9,500,000</b>	
<b>Kunjungan Dokter di RS</b>				
Lama Hari	5	5	5	
Biaya/hari	80,000	100,000	80,000	<b>Maks. Manfaat</b>
<b>Total</b>	<b>400,000</b>	<b>500,000</b>	<b>400,000</b>	
<b>Kunjungan Dokter di RS</b>				
Lama Hari	4	4	4	
Biaya/hari	200,000	200,000	200,000	<b>Maks. Manfaat</b>
<b>Total</b>	<b>800,000</b>	<b>800,000</b>	<b>800,000</b>	
<b>Total Charged</b>		<b>12,050,000</b>	<b>11,950,000</b>	<b>-100,000</b>

Sesuai Kuitansi

Klaim Nett

Tanggung  
Pasien

Nilai klaim yang dibayar adalah sebesar Rp. 11.950.000,- dan Rp. 100.000,- merupakan tanggungan Pasien.



## INFORMASI TAMBAHAN



### **Disclaimer (penting untuk dibaca)**

1. Rawat Inap adalah perawatan yang dilakukan di Rumah Sakit, yang secara medis diperlukan sekurang-kurangnya 8 (delapan) jam atas ketidakmampuan yang dijamin dan atas instruksi serta pengawasan dokter.
2. Anda harus membaca dengan teliti Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini dan berhak bertanya kepada tenaga penjual Perusahaan Asuransi atas semua hal terkait Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini.
3. Perusahaan Asuransi dapat menolak permohonan produk Anda apabila tidak memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.
4. Anda wajib untuk membaca dan memahami serta menandatangani aplikasi pengajuan asuransi.
5. Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini bukan merupakan bagian dari aplikasi pengajuan asuransi dan polis.
6. Informasi yang tercakup dalam Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini berlaku sejak tanggal cetak dokumen sampai dengan tanggal penerbitan polis.

## MEKANISME PELAYANAN DAN PENYELESAIAN PENGADUAN NASABAH



**1**

Hubungi Pusat Layanan Pengaduan Nasabah untuk menyampaikan keluhan\*  
(e-mail/surat/telepon/WA)



**2**

Verifikasi data pengaduan Nasabah



**3**

Pencatatan pengaduan Nasabah di dalam sistem Bumida



**4**

Penyelesaian keluhan dan pengaduan

## PUSAT LAYANAN NASABAH

Hubungi Pusat Layanan Nasabah untuk menyampaikan pertanyaan seputar syarat dan ketentuan lebih lanjut mengenai Produk Asuransi ini atau keluhan melalui *e-mail*, surat, telepon, atau *Whatsapp*. Waktu operasional Pusat Layanan Nasabah dapat berubah sewaktu-waktu sesuai dengan kebijakan Pengelola.



### **Call Center**

(021) 7222685 / 72800904 / 7205849  
Hari kerja jam 08.00 WIB - 17.00 WIB



### **Whatsapp**

0812 8063 1967



### **Surat menyurat**

**Asuransi Umum Bumida 1967**  
Pusat Layanan Nasabah  
Jalan Wolter Monginsidi RT.1/RW.1 No.63  
Kebayoran Baru, Jakarta Selatan,  
DKI Jakarta (12180)



### **E-mail**

cs@bumida.co.id  
headoffice@bumida.co.id



### **Website**

www.bumida.co.id



## SURAT PERMINTAAN PENUTUPAN ASURANSI KESEHATAN

Dengan ini saya dan atau kami mengajukan permohonan penutupan Asuransi Kesehatan (Askes) dengan data sebagai berikut :

<b>NASABAH PERORANGAN</b>			
1.	Nama Lengkap <i>(Full name)</i>	:	
2.	Nama Alias (jika ada) <i>(Alias Name)</i>	:	
3.	Nomor KTP <i>(ID card number)</i>	:	
4.	Alamat Tempat Tinggal <i>(Address)</i>	:	
			Kab/Kota :                      Provinsi :
			<i>(District/City)</i> <i>(Province)</i>
			Kode Pos : <i>(Postal code)</i>
5.	No Telepon Rumah <i>(Home Phone Number)</i>	:	No. Handphone : <i>(Mobile phone number)</i>
6.	e-mail <i>(e-mail)</i>	:	
7.	Tempat & Tanggal Lahir <i>(Place &amp; date of birth)</i>	:	Kewarganegaraan : <i>(Nationality)</i>
8.	Jenis Kelamin <i>(Gender)</i>	:	Status Perkawinan : <i>(Marital status)</i>
9.	Penghasilan Rata-rata Per Bulan <i>(Average Income Per Month)</i>	:	Sumber Dana : <i>(Source of funds)</i>
10.	Jenis Pekerjaan <i>(Type of work)</i>	:	
11.	Identitas Pemilik Manfaat	:	
12.	Maksud dan Tujuan Penutupan Asuransi	:	
<b>NASABAH KORPORASI</b>			
1.	Nama Pengelola <i>(Administrator's name)</i>	:	
2.	Jenis Usaha <i>(Type of business)</i>	:	
3.	Alamat Pengelola <i>(Administrator's address)</i>	:	
			Kab/Kota :                      Provinsi :
			<i>(District/City)</i> <i>(Province)</i>
			Kode Pos : <i>(Postal code)</i>
4.	No Telepon <i>(Phone Number)</i>	:	No Handphone : <i>(Mobile phone number)</i>
5.	e-mail <i>(e-mail)</i>	:	
6.	No. Izin Usaha	:	NPWP : <i>(TIN)</i>
7.	Identitas Pemilik Manfaat	:	
8.	Nama Pemegang Kuasa Direksi	:	

DATA OBJEK ASURANSI		
1.	Obyek Asuransi	: Kesehatan
2.	Peserta yang diasuransikan	: <input type="checkbox"/> Karyawan <input type="checkbox"/> Karyawan dan Keluarga
3.	Jumlah Peserta	: _____
4.	Plan Manfaat	: <input type="checkbox"/> Rawat Inap (wajib) <input type="checkbox"/> Rawat Jalan <input type="checkbox"/> Rawat Gigi <input type="checkbox"/> Melahirkan <input type="checkbox"/> Kacamata
5.	Manfaat tambahan lainnya	: _____ _____
6.	Periode Asuransi	: _____ s/d _____
7.	Anggaran untuk Premi Asuransi	: _____

- Apakah calon peserta pernah diasuransikan pada asuransi lain? :  Ya  Tidak
- Jika pernah berapa rasio kerugian yang diderita? : \_\_\_\_\_
- Jika tidak pernah diasuransikan, berapa jumlah biaya pengobatan karyawan dalam 3 tahun terakhir? : \_\_\_\_\_
- Apakah jenis penyakit yang paling banyak diderita peserta asuransi? : \_\_\_\_\_
- Adakah peserta yang jumlah klaim atau biaya pengobatannya lebih dari Rp.50.000.000, jika ada apakah diagnosa penyakitnya? : \_\_\_\_\_

Yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa :

1. Keterangan tersebut di atas dibuat dengan sejujurnya dan sesuai dengan keadaan sebenarnya menurut pengetahuan Pemohon atau yang seharusnya Pemohon ketahui.
2. Menyadari bahwa keterangan tersebut akan digunakan sebagai dasar dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari jaminan yang akan diterbitkan, oleh karenanya ketidakbenaran keterangan dapat mengakibatkan batalnya pertanggungungan dan ditolakny setiap tuntutan ganti rugi oleh Penanggung.
3. Memahami bahwa pertanggungungan yang diminta ini baru berlaku setelah mendapat persetujuan tertulis dari Penanggung.
4. Pemohon telah memahami produk Asuransi yang dimohonkan, termasuk luas jaminan dan beragam prosedur terkait.
5. Pemohon bersedia menerima informasi atau promosi produk lainnya dari PT Asuransi Umum Bumida 1967 :  
YA  TIDAK
6. Pemohon bersedia memberikan data informasi pribadi kepada pihak ketiga :  
YA  TIDAK

Dibuat di :  
Pada tanggal :

Pemohon	Petugas / Agen Asuransi	Bagian Underwriting
[_____]	[_____]	[_____]

*Catatan : Apabila terdapat kolom isian yang tidak mencukupi, maka data / keterangan dapat dituliskan pada bagian lain yang kosong atau sebagai lampiran*