



Terdaftar dan
diawasi oleh  OTORITAS
JASA
KEUANGAN

SURAT PERMOHONAN
PENUTUPAN ASURANSI
INDIVIDU DAN KELUARGA

MyHealth

Download our Easy Claim mobile
app for quicker Claims
reimbursement!



 asia.april-international.com

Please print only if necessary



international
Insurance made easy.

1 PILIHAN ANDA

PENTING UNTUK DIPAHAMI

Jawaban yang Anda berikan untuk pertanyaan yang terkandung dalam aplikasi ini akan membentuk dasar dari setiap polis asuransi yang dikeluarkan, dan akan dimasukkan ke dalam kontrak. Penting bagi Anda untuk memberikan informasi yang akurat, jujur, dan lengkap bagi semua orang untuk diasuransikan, karena ketidakakuratan dapat membahayakan cakupan atau membatalkan klaim.

DATA CALON PESERTA

Data Informasi orang yang akan memiliki polis

Nama keluarga : _____

Nama depan : _____

Tanggal lahir : DD / MM / YYYY Jenis kelamin : Pria Wanita

Tinggi (cm) : _____ Berat (kg) : _____

Pekerjaan:
(jelaskan tugasnya) _____

Merokok : Ya Tidak Status pernikahan : _____

Kebangsaan : _____ Nomor Paspor. : _____

Alamat rumah : _____

Kode pos : _____ Negara : _____

Alamat surat : Jika Anda ingin menggunakan alamat surat yang berbeda silahkan memberitahu kami

Tel. : _____ Nomor Handphone : _____

Email : _____

Penting : email ini akan digunakan untuk mengirimkan dokumen Polis dan komunikasi terkait klaim yang mungkin mencakup informasi medis.

DATA KELUARGA

	ISTRI/SUAMI	Anak pertama	Anak kedua	Anak ketiga
		Usia anak hingga 18 th, dan belum menikah, usia anak yang belum menikah diatas 18 th di cover hingga usia 23 tahun dan belum menikah		
Nama Keluarga				
Nama Depan				
Tanggal Lahir	DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
Jenis Kelamin	Pria <input type="radio"/> Wanita <input type="radio"/>	Pria <input type="radio"/> Wanita <input type="radio"/>	Pria <input type="radio"/> Wanita <input type="radio"/>	Pria <input type="radio"/> Wanita <input type="radio"/>
Status (Menikah / Belum Menikah)				
Kebangsaan				
Merokok	Ya <input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/>	Ya <input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/>	Ya <input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/>	Ya <input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/>
Nomor Paspor				
Pekerjaan (Jelaskan Tugasnya)				
Tinggi & Berat Badan	cm kg	cm kg	cm kg	cm kg

Harap gunakan lembar terpisah jika perlu. Harap beri tahu kami jika ada anggota keluarga yang diasuransikan tidak tinggal di alamat tempat tinggal pemegang polis.

Langkah 1						
Tentukan jenis Asuransi anda						
Anda dan anggota keluarga memiliki keleluasaan untuk jenis Asuransi nya.						
Jika anggota keluarga memilih jenis yang sama dengan Anda , silahkan tick ini <input type="checkbox"/>						
JENIS	KEPALA KELUARGA	ISTRI/SUAMI	ANAK 1	ANAK 2	ANAK 3	
RAWAT INAP DAN OPERASI	<input type="checkbox"/> Core <input type="checkbox"/> Essential <input type="checkbox"/> Extensive <input type="checkbox"/> Elite	<input type="checkbox"/> Core <input type="checkbox"/> Essential <input type="checkbox"/> Extensive <input type="checkbox"/> Elite	<input type="checkbox"/> Core <input type="checkbox"/> Essential <input type="checkbox"/> Extensive <input type="checkbox"/> Elite	<input type="checkbox"/> Core <input type="checkbox"/> Essential <input type="checkbox"/> Extensive <input type="checkbox"/> Elite	<input type="checkbox"/> Core <input type="checkbox"/> Essential <input type="checkbox"/> Extensive <input type="checkbox"/> Elite	
JUMLAH RISIKO SENDIRI YANG DIBAYARKAN	<input type="checkbox"/> Nil <input type="checkbox"/> USD 500 <input type="checkbox"/> USD 1,000 <input type="checkbox"/> USD 2,500 <input type="checkbox"/> USD 5,000 <input type="checkbox"/> USD 10,000	<input type="checkbox"/> Nil <input type="checkbox"/> USD 500 <input type="checkbox"/> USD 1,000 <input type="checkbox"/> USD 2,500 <input type="checkbox"/> USD 5,000 <input type="checkbox"/> USD 10,000	<input type="checkbox"/> Nil <input type="checkbox"/> USD 500 <input type="checkbox"/> USD 1,000 <input type="checkbox"/> USD 2,500 <input type="checkbox"/> USD 5,000 <input type="checkbox"/> USD 10,000	<input type="checkbox"/> Nil <input type="checkbox"/> USD 500 <input type="checkbox"/> USD 1,000 <input type="checkbox"/> USD 2,500 <input type="checkbox"/> USD 5,000 <input type="checkbox"/> USD 10,000	<input type="checkbox"/> Nil <input type="checkbox"/> USD 500 <input type="checkbox"/> USD 1,000 <input type="checkbox"/> USD 2,500 <input type="checkbox"/> USD 5,000 <input type="checkbox"/> USD 10,000	<input type="checkbox"/> Nil <input type="checkbox"/> USD 500 <input type="checkbox"/> USD 1,000 <input type="checkbox"/> USD 2,500 <input type="checkbox"/> USD 5,000 <input type="checkbox"/> USD 10,000
• Pilihan biaya yang ditanggung sendiri hanya untuk rawat inap dan operasi saja.						
CAKUPAN AREA PERLINDUNGAN	<input type="checkbox"/> Seluruh dunia <input type="checkbox"/> Seluruh dunia excluding USA <input type="checkbox"/> Kecuali ASEAN Singapore	<input type="checkbox"/> Seluruh dunia <input type="checkbox"/> Seluruh dunia excluding USA <input type="checkbox"/> Kecuali ASEAN Singapore	<input type="checkbox"/> Seluruh dunia <input type="checkbox"/> Seluruh dunia excluding USA <input type="checkbox"/> Kecuali ASEAN Singapore	<input type="checkbox"/> Seluruh dunia <input type="checkbox"/> Seluruh dunia excluding USA <input type="checkbox"/> Kecuali ASEAN Singapore	<input type="checkbox"/> Seluruh dunia <input type="checkbox"/> Seluruh dunia excluding USA <input type="checkbox"/> Kecuali ASEAN Singapore	<input type="checkbox"/> Seluruh dunia <input type="checkbox"/> Seluruh dunia excluding USA <input type="checkbox"/> Kecuali ASEAN Singapore
<ul style="list-style-type: none"> • .Cakupan area yang dipilih berlaku untuk semua paket • Jika anda memilih Core, Cakupan area nya otomatis ASEAN excluding Singapore . • Layanan yang diberikan di luar area pertanggung digakup hingga US \$ 100.000 per periode asuransi, hanya jika secara langsung disebabkan oleh penyakit mendadak atau cedera yang terjadi selama 30 hari perjalanan pertama dari setiap perjalanan. Jika Anda memilih Core, Anda akan ditanggung hingga US \$ 100.000 hanya untuk kecelakaan. • Silakan merujuk ke klausul 4 dari Syarat dan Ketentuan Polis. 						
Langkah 2						
PILIH JENIS PAKET POLIS TAMBAHAN ANDA						
Paket ini adalah opsional, setiap anggota boleh berbeda pilihan						
Jika anggota keluarga memilih jenis yang sama dengan Anda , silahkan tick ini <input type="checkbox"/>						
JENIS	KEPALA KELUARGA	ISTRI/SUAMI	ANAK PERTAMA	ANAK KEDUA	ANAK KETIGA	
RAWAT JALAN	Core with					
	<input type="checkbox"/> nil coinsurance <input type="checkbox"/> 20% coinsurance					
	Essential with					
	<input type="checkbox"/> nil coinsurance <input type="checkbox"/> 20% coinsurance					
Extensive with	Extensive with	Extensive with	Extensive with	Extensive with		
<input type="checkbox"/> nil coinsurance <input type="checkbox"/> 20% coinsurance	<input type="checkbox"/> nil coinsurance <input type="checkbox"/> 20% coinsurance	<input type="checkbox"/> nil coinsurance <input type="checkbox"/> 20% coinsurance	<input type="checkbox"/> nil coinsurance <input type="checkbox"/> 20% coinsurance	<input type="checkbox"/> nil coinsurance <input type="checkbox"/> 20% coinsurance	<input type="checkbox"/> nil coinsurance <input type="checkbox"/> 20% coinsurance	
Elite with	Elite with	Elite with	Elite with	Elite with		
<input type="checkbox"/> nil coinsurance <input type="checkbox"/> 20% coinsurance	<input type="checkbox"/> nil coinsurance <input type="checkbox"/> 20% coinsurance	<input type="checkbox"/> nil coinsurance <input type="checkbox"/> 20% coinsurance	<input type="checkbox"/> nil coinsurance <input type="checkbox"/> 20% coinsurance	<input type="checkbox"/> nil coinsurance <input type="checkbox"/> 20% coinsurance	<input type="checkbox"/> nil coinsurance <input type="checkbox"/> 20% coinsurance	
GIGI DAN KACAMATA <small>Kacamata Hanya Untuk Paket Elite saja</small>	<input type="checkbox"/> Core <input type="checkbox"/> Essential <input type="checkbox"/> Extensive <input type="checkbox"/> Elite	<input type="checkbox"/> Core <input type="checkbox"/> Essential <input type="checkbox"/> Extensive <input type="checkbox"/> Elite	<input type="checkbox"/> Core <input type="checkbox"/> Essential <input type="checkbox"/> Extensive <input type="checkbox"/> Elite	<input type="checkbox"/> Core <input type="checkbox"/> Essential <input type="checkbox"/> Extensive <input type="checkbox"/> Elite	<input type="checkbox"/> Core <input type="checkbox"/> Essential <input type="checkbox"/> Extensive <input type="checkbox"/> Elite	
BERSALIN	<input type="checkbox"/> USD 0 <input type="checkbox"/> USD 5,000 <input type="checkbox"/> USD 8,000 <input type="checkbox"/> USD 15,000	<input type="checkbox"/> USD 0 <input type="checkbox"/> USD 5,000 <input type="checkbox"/> USD 8,000 <input type="checkbox"/> USD 15,000	<input type="checkbox"/> USD 0 <input type="checkbox"/> USD 5,000 <input type="checkbox"/> USD 8,000 <input type="checkbox"/> USD 15,000	<input type="checkbox"/> USD 0 <input type="checkbox"/> USD 5,000 <input type="checkbox"/> USD 8,000 <input type="checkbox"/> USD 15,000	<input type="checkbox"/> USD 0 <input type="checkbox"/> USD 5,000 <input type="checkbox"/> USD 8,000 <input type="checkbox"/> USD 15,000	

- **Penting:** Tersedia untuk wanita berusia antara 19 hingga 45 tahun yang telah memilih paket minimal ESSENTIAL. Rumah Sakit dan Bedah (inpatient) dengan risiko sendiri NIL, ditambah Rawat Jalan (outpatient).

DETIL ASURANSI			
Apakah Anda atau orang yang akan diasuransikan saat ini memiliki polis asuransi kesehatan dari perusahaan asuransi lain? Jika ya, mohon informasi apakah polis akan dilanjutkan.		Ya	Tidak
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apakah Anda atau orang yang akan diasuransikan pernah mengalami penolakan / pembatalan polis atau aplikasi untuk asuransi kesehatan / kematian, sakit, cacat karena kecelakaan, penyakit kritis, atau memiliki ketentuan khusus yang dikenakan? Jika ya, mohon diinformasikan.		Ya	Tidak
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RIWAYAT KESEHATAN ANDA	Jika Anda atau orang untuk diasuransikan memiliki atau pernah memiliki Tidak satu tanda, gejala, penyakit atau gangguan di bawah ini, mohon memberikan tanda pada kotak yang sesuai.		
1	Kanker, kanker darah, tumor jinak, tumor ganas , kista (termasuk kista di payudara), ketidaknormalan pada darah	Ya	Tidak
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Asma, bronchitis, alergi, sinusitis, TBC, kerusakan paru paru,	Ya	Tidak
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Sakit dada, tekanan darah tinggi, sakit jantung	Ya	Tidak
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Sakit maag, GERD, ulkus pada lambung, wasir	Ya	Tidak
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Kelainan pada tulang belakang,, patah tulang, sakit pada sendi, sakit pada tulang belakang, leher atau sakit pada otot.	Ya	Tidak
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Malaria, Demam berdarah,	Ya	Tidak
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	HIV/AIDS	Ya	Tidak
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Batu Ginjal, sakit ginjal, atau sakit pada saluran kencing	Ya	Tidak
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Kencing manis, Gangguan Hati, hepatitis	Ya	Tidak
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	MaTidak pada otak dan saraf tulang belakang, stroke	Ya	Tidak
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Sakit jiwa, stress, ketergantungan obat	Ya	Tidak
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3

PERTANYAAN UNDERWRITING

		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Kelainan fungsi system reproduksi pada wanita termasuk , kelainan kehamilan, sakit saat menstruasi & tidak teratur, komplikasi kehamilan , Infeksi virus HPV, tidak normal pada hasil test pap smear	Ya <input type="radio"/>	Tidak <input type="radio"/>
13	Eksim,sakit kulit, sakit telinga	Ya <input type="radio"/>	Tidak <input type="radio"/>
14	Penyakit keturunan	Ya <input type="radio"/>	Tidak <input type="radio"/>
15	Kecelakaan / penyakit lainnya	Ya <input type="radio"/>	Tidak <input type="radio"/>

Jika Anda menjawab "Ya" untuk salah satu pertanyaan di atas, silakan memberikan tambahan data dalam tabel di bawah ini. Anda juga mungkin akan diminta untuk mengisi kuesioner medis lebih lanjut atau memberikan laporan medis, tergantung pada keparahan dan sifat kondisi sakit nya

Nama pemohon			
Pertanyaan nomor			
Tanggal pertama kali konsultasi	DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
Detil pengobatan termasuk penyebab diperlukannya pengobatan, hasil dari pengobatan, tanggal terakhir pengobatan, dan sembuh total atau tidak			
Nama dan alamat dokter, Rumah sakit,			
Apakah anda masih membutuhkan pengobatan lanjutan?	Ya <input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/>	Ya <input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/>	Ya <input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/>
	DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY

Data dan riwayat medis

16	<p>Kecuali seperti yang diungkapkan dalam formulir ini, Apakah Anda atau orang yang akan diasuransikan pernah dirawat inap di rumah sakit , atau (dalam lima tahun terakhir) menjalani prosedur, scan, atau tes diagnosa sebagai pasien rawat inap atau rawat jalan? Jika Ya, tolong beri rincian.</p>			Ya <input type="radio"/>	Tidak <input type="radio"/>	
17	<p>Apakah Anda atau orang yang akan diasuransikan saat ini sedang mengkonsumsi obat? Jika Ya , silakan sebutkan nama obat, dosis dan perkiraan biaya.</p>			Ya <input type="radio"/>	Tidak <input type="radio"/>	
18	<p>Silakan masukkan detail berikut tentang dokter langganan / keluarga untuk setiap orang yang akan diasuransikan. Jika Anda tidak memiliki dokter langganan / keluarga, harap berikan nama, alamat, dan informasi kontak penyedia medis yang Anda dan anggota keluarga Anda yang telah Anda kunjungi dalam 3 tahun terakhir. Gunakan lembar terpisah jika perlu. Jika Anda belum pernah mengunjungi dokter dalam 3 tahun terakhir, harap sebutkan di bawah ini.</p>					
	Nama					
	Alamat					
	Telepon		Fax			
	Email					
19	<p>Apakah Anda atau orang yang akan diasuransikan pernah mengajukan klaim dengan asuransi lain sehubungan dengan cedera tubuh atau penyakit selama 3 tahun terakhir? Jika Ya, tolong beri rincian.</p>					
	Nama				Ya <input type="radio"/>	Tidak <input type="radio"/>
	Nama Asuransinya					
	diagnosa					

Tanggal claim		
---------------	--	--

Harap memberikan rincian lebih lanjut tentang lembar terpisah jika diperlukan.

Kolom Tambahan

Anda dapat menggunakan kolom ini untuk komentar lebih lanjut tentang kondisi medis yang Anda miliki atau pernah derita. Mohon melampirkan dokumen pendukung dalam aplikasi Anda.

Tanggal Mulai Pertanggungan

DD / MM / YYYY

penting : Formulir aplikasi perorangan dan keluarga ini berlaku selama 28 hari sejak tanggal diterimanya oleh PT. Asuransi Artarindo. Tanggal Mulai Pertanggungan tidak dapat dimundurkan.

Perantara

Apakah anda setuju jika Perantara anda memiliki akses tentang detil Polis dan data klaim anda melalui internet?		Ya <input type="radio"/>	Tidak <input type="radio"/>
Apakah Anda mengizinkan kami untuk mendiskusikan dan/atau berbagi klaim dan informasi medis dengan Perantara asuransi Anda?		Ya <input type="radio"/>	Tidak <input type="radio"/>
Nama Perantara		Kode Perantara	
Nama Perusahaan		Telepon	
Email			

4. CARA PEMBAYARAN

<input type="radio"/> Transfer Bank			
Mohon ditransfer pembayaran secara penuh (termasuk biaya Bank dan Biaya tambahan lainnya)			
<u>Bank Penerima</u>			
Nama Bank : Nomor Rekening : Nama Akun : Alamat Akun : Swift Code: Alamat Bank :	IDR Account BANK CENTRAL ASIA (BCA) 161-302-229-9 PT. Asuransi Artarindo Jalan Raya Mangga Besar 15, Jakarta 11180 CENAIDJA Jalan Raya Mangga Besar 15, Jakarta 11180	USD Account BANK UOB Indonesia 3279-0393-17 PT. Asuransi Artarindo Jalan MH. Thamrin Tidak.10 Jakarta 10230 BBIJDJA Jalan MH. Thamrin Tidak.10 Jakarta 10230	
1. Semua biaya Bank ditanggung oleh pengirim. 2. Mohon cantumkan nomor polis pada berita pembayaran premi. 3. Mohon dikirimkan via fax (+62) 021-39711001-3 atau email ke fa@artarindo.co.id , bukti pengiriman uang beserta nomor polis asuransi Anda untuk mendapatkan kuitansi dari PT. Asuransi Artarindo.			
<input type="radio"/> Kartu Kredit (biaya tambahan akan dibebankan jika Anda menggunakan Kartu Kredit)			
Saya/Kami yang bertandatangan dibawah ini, memberikan otorisasi kepada PT. Asuransi Artarindo untuk melakukan pendebitan pada Kartu Kredit Anda:			
Kartu Kredit	VISA	Kurs	USD
Bank Penerbit		Tanggal Berakhir	MM / YY
Nama Pemegang Kartu (yang terlampir pada kartu)			
Nomor Kartu Kredit	<div style="border: 1px solid gray; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-between;"> ■■■■■ - ■■■■ ■■■■■ - ■■■■ ■■■■■ - ■■■■ </div>		
Apakah Anda menginginkan pendebitan Kartu kredit secara otomatis untuk perpanjangan polis di masa yang akan datang?			
		<input type="radio"/> Ya	<input type="radio"/> Tidak
Saya juga mengizinkan PT. Asuransi Artarindo, sampai pemberitahuan lebih lanjut secara tertulis, membebaskan biaya kartu kredit ini dengan jumlah yang tidak ditentukan sehubungan dengan pembayaran premi tahunan pada saat dan ketika jatuh tempo. PT. Asuransi Artarindo akan memberi tahu kami terlebih dahulu jika ada penyesuaian premi.			

**OTORISASI TANDA TANGAN
UNTUK PEMBAYARAN KARTU KREDIT**

Tanggal : _____

5. DEKLARASI OLEH PEMOHON

DETIL PEMOHON (HANYA UNTUK PENGGUNAAN SECARA RESMI)

Nama Perantara		Atau Stempel
Kode Perantara		
Nama Perusahaan		
Telepon		
Email		

Saya/kami menyatakan bahwa pernyataan yang terkandung dalam formulir aplikasi ini dicatat dengan benar, dan diisi dengan lengkap dan benar. Saya/kami lebih lanjut menyatakan bahwa saya tidak menyembunyikan fakta material selain yang dinyatakan di sini, semua orang yang diasuransikan saat ini dalam kesehatan yang baik. Saya/kami akan segera memberitahukan PT. Asuransi Artarindo jika setelah penandatanganan aplikasi ini dan sebelum polis dikeluarkan saya/kami menyadari fakta material tidak diungkapkan dalam surat permohonan penutupan asuransi ini, atau jika kesehatan setiap orang yang diasuransikan berubah sedemikian rupa sehingga setiap jawaban pada formulir ini tidak lengkap dan benar. Jika sebuah polis diterbitkan untuk saya, usulan ini dan pernyataan yang dibuat di sini merupakan dasar kebijakan antara saya/kami dan PT. Asuransi Artarindo. Saya memahami bahwa tidak ada asuransi yang berlaku kecuali aplikasi telah diterima dan premi yang sesuai telah dibayar.

Saya/kami sepakat bahwa setiap informasi yang dikumpulkan atau dipegang oleh PT. Asuransi Artarindo (baik yang tercantum dalam aplikasi atau diperoleh) dapat digunakan dan diungkapkan oleh PT. Asuransi Artarindo kepada perorangan/perusahaan yang terkait atau pihak ketiga yang independen (di dalam maupun di luar Indonesia) untuk setiap hal yang berkaitan dengan aplikasi ini, setiap kebijakan yang dikeluarkan dan untuk memberikan saran atau informasi mengenai produk dan jasa yang PT. Asuransi Artarindo percaya mungkin menarik bagi saya/kami dan untuk berkomunikasi dengan saya/kami untuk tujuan apapun. Saya/kami dengan ini menyatakan bahwa saya/kami telah menerima, membaca dan memahami, atau telah diberitahukan dan memahami, isi brosur dan informasi material yang berkaitan dengan produk asuransi ini.

Saya/kami sadar bahwa saya/kami dapat meminta saran dari penasihat yang memenuhi syarat sebelum saya/kami menandatangani formulir pendaftaran ini. Jika saya/kami memilih tidak untuk memperoleh saran, saya/kami sepenuhnya bertanggung jawab untuk memastikan bahwa produk ini sesuai dengan kebutuhan finansial dan tujuan asuransi.

Saya/kami memberi wewenang kepada PT. Asuransi Artarindo untuk memberikan nama, tanggal lahir, jenis kelamin, paspor dan/atau nomor identifikasi, setiap informasi yang diberikan pada aplikasi dan setiap catatan PT. Asuransi Artarindo mungkin memiliki mengenai Tertanggung yang ditunjukkan pada daftar nama untuk rumah sakit, klinik, laboratorium, dokter, spesialis, dokter gigi, ahli kiropraktor, ahli Akupunktur, fisioterapis, atau praktisi medis lainnya untuk tujuan menyediakan layanan pembayaran tagihan langsung bagi Tertanggung asuransi. Dengan menandatangani formulir kewenangan dan pelepasan ini, saya/kami juga mengakui istilah kebijakan spesifik yang tercantum di bawah ini:

Hak pemulihan: dalam hal otorisasi pembayaran dan/atau pembayaran dilakukan oleh PT. Asuransi Artarindo untuk klaim yang tidak tercakup dalam kebijakan ini atau ketika batas tanggung jawab untuk asuransi ini terlampaui, PT. Asuransi Artarindo berhak untuk menagih kelebihan pembayaran klaim dari Anda. Pemulihan ini termasuk namun tidak terbatas pada risiko sendiri pembayaran yang terutang dari klaim lain yang dibuat oleh Anda selama periode asuransi. Jika kelebihan pembayaran klaim tersebut belum dibayarkan selama lebih dari 90 hari, maka PT. Asuransi Artarindo berhak untuk menanggukhkan Layanan Anda tanpa pemberitahuan lebih lanjut.

Tanda tangan

Nama : _____

Jabatan : _____

Tanggal : _____

SILAHKAN KIRIM FORMULIR LENGKAP KE:

Underwriting:

PT. Asuransi Artarindo

Gedung Hermina Tower Lt.
12, Jl. HBR Motik Blok B-
10 Kav. 4
Gunung Sahari Selatan, Kemayoran,
Jakarta Pusat 10610

Tel: (+62) 021-39710999 | Fax: (+62) 021-39711001-3

5. DEKLARASI OLEH PEMOHON - sambungan

Pernyataan pembayaran klaim

Saya yang bertandatangan			
Pemilik Polis			
Nomor Polis			
Saya dengan ini menyatakan bahwa pembayaran klaim saya akan ditransfer ke akun di bawah ini dan bahwa rinciannya sudah benar:			
Pemilik rekening		Nama Bank	
Nomor rekening		Cabang	
Swift Code		Negara	
Alamat Bank			
Hubungan dengan Pemilik Polis			

Saya akan bertanggung jawab penuh atas kesalahan dalam rincian yang disebutkan di atas

Tanggal hari ini DD/MM / YY di Jakarta

Hormat saya,

MATERAI & TANDA TANGAN BASAH

Nama pemilik Polis : _____