

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :
(diisi yang namanya terdaftar dalam sebagai anggota KOMIT)

Nama kepala keluarga	:		tgl lahir / th :
Nama suami/istr	:		tgl lahir / th :
Nama anak 1	:		tgl lahir / th :
Nama anak 2	:		tgl lahir / th :
Nama anak 3	:		tgl lahir / th :

No KTP/SIM :
Alamat :

Tlp Rumah ; Tlp Hp :

Menyatakan mengikuti Asuransi Kesehatan JASINDO (hanya rawat inap) periode :..... s/d
.....dengan pilihan manfaat (pilih salah satu) :

1. RI 150 2. RI 250 3. RI 500 4. RI 750

Pembayaran premi akan dilakukan bersamaan dengan Autodebet KOMIT setiap bulan di tgl 5. Apabila premi asuransi tidak dibayarkan dalam waktu 3 bulan maka asuransi akan di stop.

Dengan ini juga menyatakan bahwa, biaya perawatan yang melebihi plafon asuransi yang di pilih adalah merupakan tanggung jawab saya pribadi.

Saya bersedia untuk membayar kelebihan biaya yang disebabkan dari perawatan rawat inap selama di Rumah Sakit jika hal tersebut melebihi batas pengobatan yang di berikan asuransi dan menyelesaikan saat keluar dari RS dan jika ada tagihan dari pihak RS yang menyusul maka saya bersedia membayarnya.

Jika saya sudah mengidap salah satu penyakit dari penyakit kritis tersebut dan dinyatakan memberikan informasi tidak benar dari hasil MCU, maka saya tidak akan mendapat pengantian / pengcoveran.

Saya pun mengerti bahwa saya tidak boleh berhenti di tengah jalan / tidak mau melanjutkan asuransi sebelum masa polis berakhir yaitu tgl 15 Nov 2011 s/d 15 Nov 2012.

Pernyataan ini menyatu dengan lembar manfaat dari asuransi serta ketentuan yang berlaku.
Ketentuan umum / master polis bisa di lihat di sekertariat KOMIT (021 -658 66 468 / 0818 07777 662)

Saya pun menyatakan kalau pada saat ini tidak dalam perawatan dokter dan dalam keadaan sehat.

Demikian surat pernyataan ini dibuat, bila ada informasi yang tidak benar saya mengerti akan kemungkinan tidak akan mendapat pengantian / pengembalian premi.

Jakarta,2016

(_____)

Syarat ikut asuransi kesehatan :

1. Harus anggota KOMIT
2. Plan asuransi berdasarkan jenis tabungan yang di ambil (tabungan silver plan 150, tabungan gold plan 250, tabungan platinum bebas)
3. Anak usia 0 bulan smp dengan 23 tahun (belum menikah dan belum bekerja)
4. Usia masuk max 55 tahun
5. Usia min 50 ada MCU (biaya sendiri)
6. Ada masa tunggu penyakit dan penyakit yang tidak tercover
7. Menggunakan kartu asuransi
8. Hanya berlaku untuk rawat Inap
9. Excess Claim langsung bayar di tempat (kelebihan pembayaran saat rawat inap di bayarkan saat pasien keluar dari RS)
10. Jika anggota sdh ada sakit kritis / masuk dalam pre exciting condition maka tidak bisa di cover.

Kondisi-kondisi berikut tidak dijamin dalam masa tersebut dibawah ini,sejak yang bersangkutan menjadi Peserta/Tertanggung Asuransi Kesehatan :

A. 180 (seratus delapan puluh) hari untuk :

1. **Segala jenis Tuberculosis (TBC)**
2. **Anal Fistulae** (fistula anal)
3. **Cholecystitis** (radang kandung empedu) **dan Cholelithiasis** (batu empedu)
4. **Batu saluran kemih dan infeksi saluran kemih**
5. **Hypertension** (hipertensi, darah tinggi) **atau Cardiac Diseases & Vascular Diseases** (penyakit-penyakit jantung dan penyakit-penyakit pembuluh darah)
6. **Grastic Ulcer** (tukak lambung) **atau Duodenal Ulcer** (tukak usus dua belas jari)
7. **Hallux Valgus** (jari kaki/tangan berjumlah lebih dari normal) yang didapat (*acquired*)
8. **Tumor-Tumor yang tampak dari luar**
9. **Diabetes Mellitus** (kencing manis).

B. 365 (tiga ratus enam puluh lima) hari untuk :

1. **Segala jenis Hernia** (untuk hernia bawaan termasuk dalam 'Pengecualian')
2. **Segala jenis Tumor dalam tubuh yang tidak tampak dr luar**
3. **Endometriosis**, terdapatnya jaringan endometrium pada tempat yang abnormal.
4. **Haemorrhoids** (wasir atau ambeien).
5. **Operasi Tonsil** (amandel)
6. **Operasi Nasal Septum atau sekat rongga hidung.**
7. **Hyperthyroidism** (peningkatan fungsi kelenjar gondok)
8. **Catarracts** (katarak, kekeruhan lensa mata)
9. **Sinusitis** (Radang sinus)
10. **Segala jenis Epilepsy** (sakit ayan).
(Untuk jenis Epilepsi bawaan termasuk dalam 'Pengecualian')

Pengecualian (penyakit / keadaan yang tidak tercover)

1. Perbuatan Sendiri
2. Melanggar Hukum
3. Radiasi
4. Alat kosmetik
5. Alat-alat bantu (protesa, jantung, dll)
6. Kelainan Bawaan
7. Kejiwaan
8. Proses kehamilan dan melahirkan
9. Alat KB
10. Penyakit kelamin
11. AIDS
12. Check Up
13. Perawatan gigi
14. Akibat Obat terlarang
15. Perawatan tidak perlu
16. Olah Raga berbahaya
17. Obat Keras
18. Cuci darah
19. Pre existing condition
20. Sunat
21. Keputihan
22. Refraksi Mata
23. Transplantasi
24. Hernia