Asuransi kesehatan & kecelakaan paling praktis & optimal

HARIO Sehat

MNC LIFE

BONUS Pengembalian Premi setiap 6 bulan sekali (No Claim Bonus)

CALL CENTER
500 899

CUSTOMER SERVICE: +6221 3910 777

PT MNC Life Assurance
MNC Tower 6-7th floor
Jl. Keboh Sirih Kav. 17-19
Jakarta 10340
T. +6221 3983 7005, 3983 7006
F. +6221 3983 7011
customer@mnclife.com
www.mnclife.com

AGY-FL-HS-01072011-01

Hidup adalah pilihan. Ketika Anda memilih **HARIO Sehat**, Anda sedang memastikan ketersediaan dana kesehatan di saat tak terduga

HARIO Sehat memberikan proteksi terhadap risiko penyakit dan kecelakaan, dengan berbagai keunggulan:

- Tanpa pemeriksaan medis atau prosedur yang berbelit (*guaranteed acceptance*)*
- Beragam nilai uang pertanggungan yang dapat diakumulasikan.
- **Bonus pengembalian premi hingga 30% dari premi tahunan, jika tertanggung tidak pernah mengajukan klaim.**
- Dapat diperbaharui hingga usia 77 tahun sesuai ketentuan underwriting.
- Tersedia dalam mata uang Rupiah (Rp) dan US Dollar (USD).

**Berlaku untuk manfaat penggantian biaya harian rawat inap di RS maks. Rp 500.000/USD 50 per hari*

Manfaat Utama

Penggantian Biaya Harian Rawat Inap di RS

Plan Gold · Plan Silver

Min. Rp 200.000/USD 20, Maks Rp 2.000.000/USD 200
(maks. 200 hari per tahun)

Penggantian Biaya Operasi Penyakit/Kecelakaan

Plan Gold

Min. Rp 2.000.000/USD 200, Maks. Rp 20.000.000/USD 2.000

Santunan Duka

Plan Gold

Min. Rp 2.000.000/USD 200, Maks. Rp 20.000.000/USD 2.000

USIA	PROGRAM			
	Silver 200		Gold 200	
	Rupiah	US Dollar	Rupiah	US Dollar
0.5-24	282.600	29.60	573.600	59.90
25-39	392.200	41.00	684.600	71.60
40-49	502.600	52.50	846.600	88.50
50-59	609.200	63.70	1.436.200	150.10
60-69*)	732.200	78.80	1.994.800	208.40
70 - 77*)	1.247.400	86.30	2.195.400	229.30

USIA	PROGRAM			
	Silver 300		Gold 300	
	Rupiah	US Dollar	Rupiah	US Dollar
0.5-24	423.900	44.40	860.400	89.85
25-39	588.300	61.50	1.026.900	107.40
40-49	753.900	78.75	1.269.900	132.75
50-59	913.800	95.55	2.154.300	225.15
60-69*)	1.098.300	118.20	2.992.200	312.60
70 - 77*)	1.871.100	129.45	3.293.100	343.95

USIA	PROGRAM			
	Silver 500		Gold 500	
	Rupiah	US Dollar	Rupiah	US Dollar
0.5-24	706.500	74.00	1.434.000	149.75
25-39	980.500	102.50	1.711.500	179.00
40-49	1.256.500	131.25	2.116.500	221.25
50-59	1.523.000	159.25	3.590.500	375.25
60-69*)	1.830.500	197.00	4.987.000	521.00
70 - 77*)	3.118.500	215.75	5.488,500	573.25

**) Hanya untuk renewal*

Catatan:
1. Minimal masa perawatan adalah 1x24 jam untuk penyakit, atau 1x12 jam untuk kecelakaan.
2. Berlaku masa tunggu (waiting period) 15 hari, kecuali akibat kecelakaan.

Brosur ini hanya merupakan media pemasaran dan bukan polis, serta tidak mengikat. Ketentuan dan persyaratan dijelaskan secara terperinci di dalam polis.

MNC LIFE

- Isi/lengkapi/coret apabila perlu.
- Beri tanda ☑ dalam kotak pertanyaan pilihan.
- Jika pengisian salah, harap dicoret dan ditandatangani (jangan menggunakan tip ex).

FORMULIR APLIKASI MNC SEHAT OK

Kode Agen

Nama Agen

Sales Office

Group

NOMOR SPAJ

☐ Non Medical ☐ Medical

A. DATA PEMEGANG POLIS

Nama Lengkap (sesuai identitas):

No. Identitas (KTP/PASPOR/KIMS):

Kewarganegaraan: ☐ Indonesia ☐ Lainnya _____

Jenis Kelamin: ☐ Pria ☐ Wanita

Agama: ☐ Islam ☐ Kristen ☐ Katolik ☐ Hindu ☐ Budha ☐ Lainnya_____

Status: ☐ Menikah ☐ Belum Menikah ☐ Cerai ☐ Janda/duda

Alamat Rumah:

Kode Pos:

Telepon Rumah (termasuk kode area) -

Telepon Selular

Tempat & Tanggal Lahir (tgl-bln-thn):

di: - - Usia:

Pekerjaan: ☐ Karyawan ☐ Pemilik Usaha ☐ Pelajar ☐ Lainnya _____

B. NAMA TERMASLAHAT/TANGGAL LAHIR

Nama:	Tanggal Lahir (tgl-bln-thn):
1.	- -
2.	- -
3.	- -
4.	- -
5.	- -

C. DATA PEMBAYARAN PREMI

Mata Uang: ☐ Rp ☐ USD

Nama Pemilik Rekening:

No. Rekening:

Nama Bank/Cabang/Kota:

Pilihan Plan: ☐ SILVER ☐ GOLD

Cara Bayar: ☐ Tahunan ☐ Bulanan ☐ Triwulanan ☐ Semesteran

Metode Pembayaran Premi Lanjutan:

☐ Autodebet Kartu kredit: ☐ Visa Card ☐ Master Card ☐ BCA Card

☐ Autodebet Rekening Tabungan (Wajib melengkapi Surat Kuasa Debet Rekening)

Nama Pemegang Kartu Kredit:

No. Kartu Kredit: – – –

Bank penerbit Kartu Kredit: Masa berlaku Kartu Kredit:

Manfaat yang diambil: ☐ Min. Rp 200.000, Maks. Rp 2.000.000

☐ Min. USD 20, Maks. USD 200

Premi:

Rp/USD

D. PERNYATAAN KESEHATAN

	Ya	Tidak
Apakah Anda pernah, sedang, direncanakan atau dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan kesehatan, pengobatan rutin dalam pengawasan dokter atau menjalani perawatan rumah sakit atau operasi/pembedahan dalam waktu 2 tahun terakhir?	☐	☐
Apakah ada anggota keluarga Anda (Ayah, Ibu, Kakak, Adik) yang menderita Penyakit Jantung, Kanker dan meninggal sebelum mencapai usia 60 tahun ?	☐	☐
Apakah Anda pernah/sedang menjalani pengobatan untuk atau mengetahui penyakit sebagai berikut :	☐	☐

☐ Stroke/Kelainan Pembuluh Darah Otak
☐ Gangguan Hati/Empedu/Hepatitis
☐ Kelainan Ginjal dan/Saluran Kemih
☐ Kelainan Tulang dan/Sendi
☐ Kelainan Darah dan/Pembuluh Darah
☐ Hamil _____ bulan
☐ Penyakit Jantung
☐ Darah Tinggi
☐ Kencing Manis
☐ Epilepsi
☐ Kanker/Tumor
☐ Kelainan Hormonal
☐ Asma
☐ TBC
☐ AIDS/HIV
☐ Kelainan bawaan
☐ Lainnya, mohon sebutkan_____

	Ya	Tidak
Apakah permohonan Anda untuk menutup atau memulihkan asuransi jiwa, penyakit kritis, kecelakaan, kecacatan, atau asuransi kesehatan pernah ditolak, ditangguhkan, atau dibatalkan, atau pernahkah polis Anda diubah persyaratannya, dikenakan Premi tambahan.	☐	☐

E. PERNYATAAN DAN SURAT KUASA

Dengan ini saya menyatakan dan menyetujui bahwa:

1. Telah membaca, mengerti dan menjawab seluruh pertanyaan pada Surat Permintaan beserta lampirannya dengan sebenar-benarnya, jujur dan lengkap. Saya memahami bahwa jawaban dan keterangan-keterangan itu merupakan dasar dan tidak terpisahkan dari Pembuatan Polis. Bila ternyata bahwa jawaban-jawaban yang saya berikan itu tidak benar, maka PT MNC Life Assurance berhak untuk membatalkan kontrak pertanggungan yang dibuat atas dasar permintaan ini.
2. Pertanggungan belum berlaku selama Pertanggungan belum disetujui dan uang premi pertama belum saya lunasi.
3. Saya memberi kuasa kepada PT MNC Life Assurance untuk menagih premi ke rekening kartu kredit atau nomor rekening bank, dan jika terjadi perubahan pada kartu kredit atau nomor rekening bank, maka saya berkewajiban untuk memberitahukan kepada PT MNC Life Assurance.
4. Dokter yang pernah dan akan memeriksa saya diperkenankan mengadakan pemeriksaan medis yang diperlukan (seperti autopsi, dll) terhadap Tertanggung/Pemegang Polis bila terdapat hal-hal yang kurang wajar dalam hal kematian Tertanggung/Pemagang Polis dikemudian hari.

Dengan ini saya memberi kuasa kepada PT MNC Life Assurance untuk meminta keterangan mengenai data saya kepada pihak terkait seperti dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, perusahaan asuransi, badan hukum, perorangan atau organisasi lainnya yang mempunyai keterangan tentang kebiasaan, pekerjaan dan catatan medis diri saya. Sehubungan dengan hal ini, saya memberikan persetujuan kepada pihak terkait tersebut untuk memberikan keterangan yang diperlukan PT MNC Life Assurance.

Ditandatangani di: Tanggal: - -

Saksi (Agen)	Tertanggung
(Tanda tangan & nama jelas)	*(Tanda tangan & nama jelas)*

Bila tidak bisa tanda tangan, gunakan cap jempol ibu jari tangan

TANDA TANGAN HANYA SETELAH DILENGKAPI (TIDAK DALAM KEADAAN KOSONG) DAN YAKIN JAWABAN TELAH SESUAI DENGAN SEBENARNYA

MNC LIFE

TANDA TERIMA PEMBAYARAN PREMI PERTAMA

Tanggal: - -

Untuk Pembayaran: Premi Pertama

Cara Pembayaran: ☐ Tahunan ☐ Bulanan ☐ Triwulanan ☐ Semesteran

(beri tanda x sesuai jenis pembayaran)

Nama Pemegang Polis:

Jumlah Premi (Rp/USD):

Terbilang:

Tandatangan Pemegang Polis
Nama jelas:

Tandatangan Penyetor
Nama jelas:

Tandatangan Penerima
Nama jelas:

- Tanda Terima ini bersifat sementara. Selanjutnya untuk Pertanggungan baru Penanggung akan menerbitkan polis atas tanda terima ini.
- Dengan diterimanya Polis maka Tanda Terima ini tidak berlaku lagi.
- Apabila dalam 14 hari terhitung sejak Tanda Terima Pembayaran Premi Pertama ini dikeluarkan Anda belum menerima dokumen Polis, mohon menghubungi Customer Care di No. (021) 3983 7005/email ke customer@mnclife.com.
- Apabila tidak ada informasi apapun setelah batas waktu tersebut, maka premi yang telah dibayar sepenuhnya menjadi tanggung jawab Anda dan membebaskan PT MNC Life Assurance dari tuntutan pihak manapun. - Tanda Terima ini tidak berlaku apabila terdapat coretan, tip ex, dsb.