

FORM PERMOHONAN ASURANSI JT CARE CASH PLAN

Dengan ini saya atau kami mengajukan Permohonan Asuransi Kesehatan Santunan Rawat Inap Tunai Harian – JT Care Cash Plan dengan data sebagai berikut :

| | |
|----------------|-------------------------------|
| Nama Pemohon | |
| Alamat Pemohon | |
| No. Telepon | |
| Email | |
| 1. Nama | |
| TTL | |
| No. KTP | |
| Pekerjaan | |
| Plan | : 300 / 400 / 500 / 600 / 700 |
| 2. Nama | |
| TTL | |
| No. KTP | |
| Pekerjaan | |
| Plan | : 300 / 400 / 500 / 600 / 700 |
| 3. Nama | |
| TTL | |
| No. KTP | |
| Pekerjaan | |
| Plan | : 300 / 400 / 500 / 600 / 700 |
| 4. Nama | |
| TTL | |
| No. KTP | |
| Pekerjaan | |
| Plan | : 300 / 400 / 500 / 600 / 700 |
| 5. Nama | |
| TTL | |
| No. KTP | |
| Pekerjaan | |
| Plan | : 300 / 400 / 500 / 600 / 700 |

Untuk kepesertaan lebih dari 5 orang, data peserta dapat dibuat dalam bentuk soft copy.

* Lampiran Copy Kartu Identitas

PT Asuransi Jasa Tania Tbk

Kantor Pusat

Gedung Agro Plaza Lantai 9
Jl. HR Rasuna Said Kav. X2 No.1 Jakarta Selatan 12950
Telp. (021) 5262529 (Hunting) | Fax. (021) 5262539, 5262540
Email. headoffice@jastan.co.id

Jakarta Soepomo
Telp : (021) 83787361 - 63 Fax : (021) 83787360
Email : JakartaSoepomo@jastan.co.id

Medan
Telp : (061) 4152565, 4151155
Fax: (061) 4150932
Email : Medan@jastan.co.id

Bandar Lampung
Telp : (0721) 252274 Fax: (0721) 251938
Email : BandarLampung@jastan.co.id

Semarang
Telp : (024) 8310170, 8411370
Fax: (024) 8415634
Email : Semarang@jastan.co.id

Makassar
Telp : (0411) 448126 Fax: (0411) 432737
Email : Makassar@jastan.co.id

Pontianak
Telp : (0561) 767100, 741107
Fax: (0561) 741108
Email : Pontianak@jastan.co.id

Tangerang
Telp : (021) 53157993/53157994
Email : tangerang@jastan.co.id

Surakarta
Telp : (0271) 727672 Fax: (0271) 736026
Email : Surakarta@jastan.co.id

Kediri
Telp : (0354) 692122 Fax: (0354) 692124
Email : Kediri@jastan.co.id

Tuban
Telp : (0356) 320662 Fax: (0356) 320662
Email : Tuban@jastan.co.id

Jakarta Cempaka
Telp : (021) 4290060/74 Fax: (021) 42887610
Email : JakartaKelapaGading@jastan.co.id

Pekanbaru
Telp : (0761) 36996, 34274 Fax: (0761) 37069
Email : Pekanbaru@jastan.co.id

Bandung
Telp : (022) 4202598 Fax: (022) 4224013
Email : bandung@jastan.co.id

Surabaya
Telp : (031) 5676002, 5671223
Fax: (031) 5677645
Email : Surabaya@jastan.co.id

Jambi
Telp : (0741) 64555 Fax: (0741) 61635
Email : Jambi@jastan.co.id

Palembang
Telp : (0711) 377593 Fax: (0711) 377593
Email : Palembang@jastan.co.id

Bekasi
Telp: (021) 82745111 Fax: (021) 82745111
Email: bekasi@jastan.co.id

Yogyakarta
Telp : (0274) 586581 Fax: (0274) 586581
Email : Yogyakarta@jastan.co.id

Jember
Telp : (0331) 321386 Fax: (0331) 321356
Email : Jember@jastan.co.id

Balikpapan
Telp : (0542) 7204394, 7041916
Fax: (0542) 7204394
Email : Balikpapan@jastan.co.id



Asuransi Kesehatan



OTORITAS
JASA
KEUANGAN

PT Asuransi Jasa Tania Tbk
Terdaftar dan Diawasi OJK



Download Aplikasi melalui



Program JT Care Cash Plan

Sahabat anda dan keluarga dalam merencanakan program kesehatan berupa penggantian biaya dalam bentuk santunan rawat inap di Rumah Sakit/Klinik/Puskesmas (dalam dan Luar Negeri).

Keunggulan

1. Jaminan asuransi berupa santunan tunai sesuai premi yang dipilih peserta atau bertanggung atas biaya perawatan di Rumah Sakit/Klinik/Puskesmas.
2. Tanpa melampirkan pemeriksaan kesehatan (*medical check-up*).
3. Peserta dapat berupa individu, keluarga maupun kelompok dalam 1 (satu) polis.
4. Proses klaim lebih cepat dan mudah.
5. Dapat menjadi tambahan manfaat berupa santunan tunai bagi peserta yang memiliki jaminan kesehatan lain.

Tabel Manfaat & Premi

| Manfaat | Kategori (Plan) | | | | |
|--------------------------------------|--|---------|---------|-----------|-----------|
| | 300 | 400 | 500 | 600 | 700 |
| Santunan Rawat Inap Harian per hari | 300.000 | 400.000 | 500.000 | 600.000 | 700.000 |
| Rumah Sakit/Klinik/Puskesmas | Bebas | | | | |
| Kuitansi Pengobatan | Asli/ Copy bila rangkap pertanggung | | | | |
| Lama Rawat Inap | Maks. 365 hari | | | | |
| Manfaat Rawat Inap Akibat Kecelakaan | Sejak terdaftar sebagai peserta | | | | |
| Manfaat Rawat Inap Akibat Sakit | Setelah 14 hari, sejak terdaftar sebagai peserta | | | | |
| Premi (Rp.) per Peserta*) | 510.000 | 675.000 | 850.000 | 1.000.000 | 1.175.000 |

*) Belum termasuk biaya polis dan materai.

| Risiko Rawat Inap Yang Dijamin Polis | |
|---|---|
| 1. Appendicitis (Radang Usus Buntu) | 11. Kecelakaan |
| 2. Alergi Makanan | 12. Kejang Demam |
| 3. Bronchitis | 13. Keracunan |
| 4. Cholera (Kolera) | 14. Malaria |
| 5. Demam Berdarah | 15. Measles (Campak) |
| 6. Disentri | 16. Thypus |
| 7. Flu Burung | 17. Varicella (cacar air) |
| 8. Gastro enteritis + dehidrasi/ diare dengan dehidrasi | 18. Vertigo (pusing berputar) |
| 9. Hiperpireksa/panas tinggi | 19. Pharingitis (akut/radang tenggorokan) |
| 10. Infeksi Saluran Kemih | 20. Pheumonia (infeksi saluran nafas bawah) |



PROSEDUR PENUTUPAN

1. Mengisi Form Permohonan Asuransi JT Care Cash Plan, yang ditandatangani oleh Peserta (Pemohon Asuransi).
2. Melampirkan *copy* kartu identitas KTP atau Kartu Keluarga jika usia di bawah 18 tahun.
3. Usia Peserta Asuransi 1 - 60 tahun.

Prosedur Klaim

Peserta Asuransi segera melaporkan ke Kantor PT Asuransi Jasa Tania Tbk maksimal 10 (sepuluh) hari kalender setelah keluar dari Rumah Sakit/ Klinik/Puskesmas

Peserta wajib menyertakan dokumen pendukung klaim dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kalender setelah keluar dari Rumah Sakit/ Klinik/Puskesmas

1. Formulir asli laporan pengajuan klaim.
2. Fotocopy Kartu Tanda Penduduk (KTP).
3. Kwitansi & perincian biaya perawatan di Rumah Sakit/ Klinik/Puskesmas yang mencantumkan lamanya hari perawatan.
4. Dokumen lainnya yang dipandang relevan.

Catatan :

Jika dokumen nomor 3 digunakan untuk proses penjaminan dari Pihak lain, maka dapat digunakan *copy* yang dilegalisir oleh Pihak yang dimaksud.

Pernyataan Perjanjian Asuransi Kesehatan

- Menyatakan bahwa keterangan tersebut di atas dibuat dengan sejujurnya dan sesuai dengan keadaan sebenarnya menurut pengetahuan saya atau yang seharusnya saya ketahui,
- Menyadari bahwa keterangan tersebut akan digunakan sebagai dasar dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari polis yang akan diterbitkan, oleh karenanya ketidakbenarannya dapat mengakibatkan batalnya pertanggungan dan ditolaknya setiap tuntutan ganti rugi oleh Penanggung,
- Memahami bahwa pertanggungan yang diminta ini baru berlaku setelah mendapat persetujuan tertulis dari Penanggung.
- Saya telah memahami Asuransi yang dimohonkan, termasuk luas jaminan dasar, jaminan perluasan dan prosedur terkait penutupan.
- Saya bersedia menerima informasi/promosi produk lainnya dari PT Asuransi Jasa Tania Tbk Ya Tidak

Dibuat di Tanggal

Pemohon

Petugas Asuransi

(Nama pemohon)

(Nama & Kode)

