

## Formulir Persetujuan Ketentuan Masa Tunggu Khusus Produk *Unit Link* untuk (Calon) Pemegang Polis Individu/Badan Usaha

- Mohon mengisi dengan menggunakan PULPEN, TINTA WARNA HITAM, HURUF CETAK, JELAS dan memberikan tanda ✓ pada kolom yang sesuai.
- Mohon tidak menandatangani Formulir ini dalam keadaan kosong dan pastikan semua pertanyaan telah diisi dengan lengkap dan benar sebelum menandatangani.
- Jika terjadi salah penulisan jangan dihapus, tetapi dicoret dan bubuhkan tanda tangan (Calon) Pemegang Polis di sebelahnya sesuai dengan Kartu Identitas Diri yang dilampirkan.

SAYA, yang bertandatangan di bawah ini:

Nama (Calon) Pemegang Polis:  (selanjutnya disebut "SAYA")

dengan ini menyatakan bahwa sehubungan dengan Masa Tunggu pengajuan klaim pada Polis, SAYA (pilih jawaban yang sesuai):

- A.  Memilih klaim tidak dikenakan Masa Tunggu<sup>\*)</sup> dengan syarat bersedia melampirkan hasil pemeriksaan kesehatan pribadi, yaitu Laporan Pemeriksaan Kesehatan (LPK) dan HbA1c dalam kurun waktu 6 (enam) bulan terakhir sejak tanggal pengajuan SPAJ/Perubahan Mayor/Pemulihan Polis, dan jika pengajuan SPAJ/Perubahan Mayor/Pemulihan Polis disetujui Penanggung maka SAYA setuju Penanggung membayarkan 25% dari total klaim yang disetujui untuk pengajuan klaim yang penyebab klaimnya terjadi dalam Masa Tunggu<sup>\*)</sup>.

SAYA telah sepenuhnya memahami pilihan Masa Tunggu yang diberikan atas pengajuan SPAJ/Perubahan Mayor/Pemulihan Polis dan menyetujui bahwa:

SAYA bersedia melampirkan hasil pemeriksaan kesehatan pribadi (Calon) Tertanggung Utama/(Calon) Tertanggung Tambahan I/(Calon) Tertanggung Tambahan II, yaitu Laporan Pemeriksaan Kesehatan (LPK) dan HbA1c dalam kurun waktu 6 (enam) bulan terakhir sejak tanggal pengajuan SPAJ/Perubahan Mayor/Pemulihan Polis.

Jika pengajuan SPAJ/Perubahan Mayor/Pemulihan Polis ini disetujui Penanggung, maka SAYA mengerti dan menyetujui:

- Manfaat Kondisi Kritis dan/atau Rawat Inap yang terdapat pada Polis tidak dikenakan Masa Tunggu dan setuju Penanggung membayarkan 25% dari total klaim yang disetujui untuk: (a) pengajuan klaim Rawat Inap yang terjadi dalam 30 (tiga puluh) hari sejak Manfaat Rawat Inap berlaku/dipulihkan/ditingkatkan (mana yang paling akhir) dan/atau (b) pengajuan klaim Kondisi Kritis yang gejala dan diagnosanya terjadi dalam 90 (sembilan puluh) hari sejak Manfaat Kondisi Kritis berlaku/dipulihkan/ditingkatkan (mana yang paling akhir), dengan syarat dan ketentuan lainnya mengacu pada ketentuan Polis yang berlaku; dan/atau
- Manfaat Bebas Premi karena Kondisi Kritis yang terdapat pada Polis tidak dikenakan Masa Tunggu dan setuju Penanggung membayarkan 25% dari Jumlah Premi yang disetujui sampai dengan berakhirnya pertanggunganan Manfaat Bebas Premi karena Kondisi Kritis untuk pengajuan klaim Kondisi Kritis yang gejala dan diagnosanya terjadi dalam 90 (sembilan puluh) hari sejak Manfaat Bebas Premi karena Kondisi Kritis berlaku/dipulihkan/ditingkatkan (mana yang paling akhir), dengan syarat dan ketentuan lainnya mengacu pada ketentuan Polis yang berlaku.

- B.  Memilih klaim tidak dikenakan Masa Tunggu<sup>\*)</sup> dengan syarat bersedia melakukan pemeriksaan kesehatan, yaitu Laporan Pemeriksaan Kesehatan (LPK) & HbA1c atas biaya (Calon) Pemegang Polis di laboratorium/RS/Klinik manapun (kecuali nasabah domisili Sumatra Utara yang wajib melakukan pemeriksaan kesehatan di rekanan *Medical Check Up* Penanggung), dan jika pengajuan SPAJ/Perubahan Mayor/Pemulihan Polis disetujui Penanggung maka SAYA setuju Penanggung membayarkan 25% dari total klaim yang disetujui untuk pengajuan klaim yang penyebab klaimnya terjadi dalam Masa Tunggu<sup>\*)</sup>.

SAYA telah sepenuhnya memahami pilihan Masa Tunggu yang diberikan atas pengajuan SPAJ/Perubahan Mayor/Pemulihan Polis dan menyetujui bahwa:

SAYA bersedia melakukan pemeriksaan kesehatan (Calon) Tertanggung Utama/(Calon) Tertanggung Tambahan I/(Calon) Tertanggung Tambahan II, yaitu Laporan Pemeriksaan Kesehatan (LPK) dan HbA1c atas biaya (Calon) Pemegang Polis di laboratorium/RS/Klinik manapun (kecuali nasabah domisili Sumatra Utara yang wajib melakukan pemeriksaan kesehatan di rekanan *Medical Check Up* Penanggung).

Jika pengajuan SPAJ/Perubahan Mayor/Pemulihan Polis ini disetujui Penanggung, maka SAYA mengerti dan menyetujui:

- Manfaat Kondisi Kritis dan/atau Rawat Inap yang terdapat pada Polis tidak dikenakan Masa Tunggu dan setuju Penanggung membayarkan 25% dari total klaim yang disetujui untuk: (a) pengajuan klaim Rawat Inap yang terjadi dalam 30 (tiga puluh) hari sejak Manfaat Rawat Inap berlaku/dipulihkan/ditingkatkan (mana yang paling akhir) dan/atau (b) pengajuan klaim Kondisi Kritis yang gejala dan diagnosanya terjadi dalam 90 (sembilan puluh) hari sejak Manfaat Kondisi Kritis berlaku/dipulihkan/ditingkatkan (mana yang paling akhir), dengan syarat dan ketentuan lainnya mengacu pada ketentuan Polis yang berlaku; dan/atau
- Manfaat Bebas Premi karena Kondisi Kritis yang terdapat pada Polis tidak dikenakan Masa Tunggu dan setuju Penanggung membayarkan 25% dari Jumlah Premi yang disetujui sampai dengan berakhirnya pertanggunganan Manfaat Bebas Premi karena Kondisi Kritis untuk pengajuan klaim Kondisi Kritis yang gejala dan diagnosanya terjadi dalam 90 (sembilan puluh) hari sejak Manfaat Bebas Premi karena Kondisi Kritis berlaku/dipulihkan/ditingkatkan (mana yang paling akhir), dengan syarat dan ketentuan lainnya mengacu pada ketentuan Polis yang berlaku.



C.  Memilih klaim dikenakan Masa Tunggu dan tidak bersedia melakukan pemeriksaan kesehatan dan jika pengajuan SPAJ/Perubahan Mayor/Pemulihan Polis disetujui Penanggung maka SAYA mengerti, memahami serta menyetujui konsekuensi Masa Tunggu jika terjadi klaim, dimana Penanggung tidak membayarkan klaim Rawat Inap yang terjadi dalam 30 (tiga puluh) hari dan/atau pengajuan klaim Kondisi Kritis yang gejala dan diagnosanya terjadi dalam 90 (sembilan puluh) hari sejak tanggal Polis terbit/Penambahan/Peningkatan Manfaat Asuransi Tambahan berlaku/Pemulihan Polis.

SAYA telah sepenuhnya memahami pilihan Masa Tunggu yang diberikan atas pengajuan SPAJ/Perubahan Mayor/Pemulihan Polis dan menyetujui bahwa:  
SAYA tidak bersedia melakukan pemeriksaan kesehatan dan bersedia Polis SAYA dikenakan Masa Tunggu.

Masa Tunggu adalah jangka waktu dimana Manfaat Asuransi atas Asuransi Tambahan Kondisi Kritis tidak berlaku, yaitu selama 90 (sembilan puluh) hari kalender terhitung sejak:

- a. Tanggal Mulai Pertanggung Asuransi Tambahan; atau
- b. Tanggal Pemulihan Polis terakhir; atau
- c. Tanggal disetujuinya peningkatan Manfaat Asuransi Kondisi Kritis oleh Penanggung (jika ada) sebagaimana dicantumkan pada Endosemen.

Masa Tunggu adalah jangka waktu dimana Manfaat Asuransi atas Asuransi Tambahan Rawat Inap tidak berlaku kecuali untuk Rawat Inap atau tindakan rawat jalan yang disebabkan oleh Kecelakaan, yaitu selama 30 (tiga puluh) hari kalender terhitung sejak:

- a. Tanggal Mulai Pertanggung Asuransi Tambahan
- b. Tanggal Pemulihan Polis terakhir; atau
- c. Tanggal disetujuinya peningkatan Manfaat Asuransi atas Asuransi Tambahan Rawat Inap oleh Penanggung (jika ada) sebagaimana dicantumkan dalam Endosemen.

Jika pengajuan SPAJ/Perubahan Mayor/Pemulihan Polis ini disetujui Penanggung maka SAYA mengerti, memahami dan menyetujui konsekuensi bahwa Asuransi Tambahan Manfaat Kondisi Kritis dan/atau Rawat Inap pada Polis akan dikenakan Masa Tunggu sesuai dengan ketentuan Polis yang berlaku.

\*) Pengajuan klaim Rawat Inap yang terjadi dalam 30 (tiga puluh) hari dan/atau pengajuan klaim Kondisi Kritis yang gejala dan diagnosanya terjadi dalam 90 (sembilan puluh) hari sejak tanggal Polis terbit/Penambahan/Peningkatan Manfaat Asuransi Tambahan berlaku/Pemulihan Polis.

**Catatan Penting:**

- Penanggung akan melakukan penilaian risiko (*underwriting*) berdasarkan seluruh data kesehatan, tidak menutup kemungkinan dibutuhkan persyaratan pemeriksaan kesehatan tambahan/lanjutan dan/atau pengajuan Anda akan ditolak.
- Diluar pemeriksaan kesehatan sebagaimana didefinisikan di atas, Penanggung berhak memintakan pemeriksaan kesehatan berdasarkan Tabel Pemeriksaan Kesehatan dan/atau pemeriksaan kesehatan lainnya termasuk namun tidak terbatas pada kondisi yang telah ada sebelumnya (*Pre - Existing Condition*).
- Jika pilihan jawaban Anda A dan jenis pemeriksaan yang dilampirkan belum memenuhi jenis pemeriksaan yang dibutuhkan, maka *underwriter* akan meminta kekurangannya dengan biaya ditanggung (Calon) Pemegang Polis.
- Jika pilihan jawaban Anda C namun pengajuan Anda membutuhkan pemeriksaan kesehatan berdasarkan Tabel Pemeriksaan Kesehatan dan/atau pemeriksaan kesehatan lainnya termasuk namun tidak terbatas pada kondisi yang telah ada sebelumnya (*Pre - Existing Condition*), maka *underwriter* akan tetap memintakan pemeriksaan tersebut dan Polis akan dikenakan Masa Tunggu sesuai dengan ketentuan Polis yang berlaku.
- Pengecualian sebagaimana yang tercantum pada Polis tetap berlaku.

**PERNYATAAN TENAGA PEMASAR**

Dengan ini, SAYA menyatakan bahwa:  
SAYA telah memberitahukan dan memberikan penjelasan kepada (Calon) Pemegang Polis dan/atau (Calon) Tertanggung mengenai pilihan Masa Tunggu beserta konsekuensinya apabila terjadi klaim dalam kurun waktu Masa Tunggu, dan (Calon) Pemegang Polis dan/atau (Calon) Tertanggung telah mengerti, memahami serta menyetujui konsekuensi atas pilihan Masa Tunggu tersebut.

Ditandatangani di: \_\_\_\_\_

Tanggal (Tgl/Bln/Thn):

Tanda Tangan (Calon) Pemegang Polis\*\*)

Tanda Tangan Tenaga Pemasar\*\*\*)





Nama Jelas

Nama Jelas

\*\*) Khusus (Calon) Pemegang Polis Badan Usaha ditandatangani oleh Pihak Berwenang dari/ yang Ditunjuk oleh (Calon) Pemegang Polis.

\*\*\*) Khusus pengajuan Pemulihan Polis tidak memerlukan tanda tangan Tenaga Pemasar.

