



**RSMATA
UNDAAN**

Surabaya, 07 Agustus 2020

Nomor : 1133 /RSMU/DIR/VIII/2020
Lampiran : -
Perihal : Persetujuan Restrukturisasi Kontrak/Polis An. RS Mata Undaan

Yth, **PT. Asuransi Jiwasraya (Persero)**
Pusat Pelayanan Bisnis Korporasi Surabaya
Jl. Raya Arjuna No. 95-99 Surabaya
di Tempat

Dengan hormat,

Memperhatikan Surat PT Asuransi Jiwasraya (Persero) Nomor : 00031/Jiwasraya/CBR6/0620 tanggal 15 Juni 2020 perihal Penawaran Restrukturisasi Kontrak Asuransi, bersama ini kami sampaikan beberapa hal sebagai berikut :

1. Pada prinsipnya kami menyetujui penawaran restrukturisasi Kontrak/Polis menjadi JS Pendanaan Hari Tua terhitung mulai tanggal 01 Juli 2020;
2. Pada prinsipnya kami menyetujui bahwa nilai tunai dari Polis Nomor PK/XSC-2316/TI per tanggal 01 Juli 2020 menjadi dana awal JS Pendanaan Hari Tua;
3. Untuk Dana lanjutan Program JS Pendanaan Hari Tua akan kami lakukan setiap bulan dengan rincian premi sebagaimana terlampir.

Demikian disampaikan, agar dapat diproses restrukturisasi Kontrak/Polis ini lebih lanjut. Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Hormat Kami,
Plt. Direktur,

**RSMATA
UNDAAN**

dr. Ria Sylvia Hustantini, Sp.M

Undaan Kulon 19
Surabaya 60274, Indonesia

T +6231 5343 806, 5319 619
F +6231 531 7503
E info@rsmataundaan.co.id

f Rumah Sakit Mata
Undaan Surabaya

@ rs.mataundaan

rsmataundaan.co.id

SURAT PERMINTAAN ASURANSI JIWA KUMPULAN

Yang bertandatangan di bawah ini:

a. Nama : dr. Rio Sylvia Hstantini, Sp. M

b. Jabatan : Pejabat Pelaksana Tugas Direktur

Selaku Calon Pemegang Polis

Bertindak untuk dan atas nama : Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya

Alamat/kedudukan : Jalan Undaan Kulon No. 17-19 Surabaya

KEL. Peneleh, KEC. Genteng

Kotamadya/Kabupaten Surabaya

Propinsi : Jawa Timur

Kode Pos : 60274

Tempat dan tanggal pendirian : Surabaya 29 April 1933

Nomor Telp/Fax : Telp. 5319619 / 5343806 Fax 5317503

Alamat e-mail : hrd.rsmataundaan@gmail.com

Jenis Usaha/Kegiatan : Pelayanan Kesehatan

No. Izin Usaha/Kegiatan : P2T / 2 / 03.23 / 02 / III / 2018

Tanggal Penerbitan Izin : 20 Maret 2018

Nomor NPWP : 01.479.766.6-611.000

Hubungan bertanggung dengan Calon Pemegang Polis (pilih salah satu) :

- ① Karyawan/ti
2. Nasabah
3. Anggota
4.

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

Dengan ini bermaksud mengajukan permintaan untuk mengadakan perjanjian tentang Asuransi Jiwa Kumpulan dengan PT Asuransi Jiwasraya (Persero) atas diri para calon Tertanggung/Peserta sebagaimana tercantum dalam Daftar Calon Tertanggung/Peserta, yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Surat Permintaan ini sesuai dengan ketentuan – ketentuan sebagai berikut :

- a. Macam Asuransi* : JS Pendanaan Hari Tua
- b. Jumlah Uang Asuransi : Sebagaimana tercantum pada Daftar Calon Tertanggung/Peserta terlampir dan yang akan diusulkan kemudian apabila ada tambahan calon Tertanggung/Peserta.
- c. Mulai Asuransi : Sebagaimana tercantum pada Daftar Calon Tertanggung/Peserta terlampir dan yang akan diusulkan kemudian apabila ada tambahan calon Tertanggung/Peserta.
- d. Sumber Pendanaan Premi (pilih salah satu)
1. *Non Contributory* (100% Pemegang Polis)
 2. *Contributory* (Persentase tertentu Pemegang Polis & Tertanggung)
 3. *Fully Contributory* (100% Tertanggung/Peserta)
- e. Cara Pembayaran Premi (pilih salah satu) :
1. Sekaligus
 2. Tahunan
 3. Persemester
 4. Perkuartal
 5. Perbulan
- f. Valuta : Rupiah Tanpa Indeks

Selanjutnya kami menyatakan dengan ini bahwa:

1. Keterangan yang kami berikan tersebut di atas sesuai dengan keadaan yang sebenarnya dan tidak ada yang disembunyikan.
2. Apabila ternyata keterangan dimaksud tidak sesuai dengan keadaan yang sebenarnya atau terdapat hal-hal yang disembunyikan, maka PT Asuransi Jiwasraya (Persero) berhak secara sepihak membatalkan Asuransi yang diadakan berdasarkan Surat Permintaan ini atau menolak membayarkan klaim Asuransi.
3. Kami atas nama Calon Tertanggung/Peserta memberikan kuasa kepada dokter-dokter yang telah memeriksa/merawat Calon Tertanggung/Peserta untuk memberikan keterangan yang diminta oleh PT Asuransi Jiwasraya (Persero) mengenai data kesehatan (*medical record*) atau penyakit yang pernah dideritanya ataupun keterangan sebab-sebab kematian Tertanggung/Peserta.
4. Kami menyetujui bahwa Perjanjian tentang Asuransi Jiwa Kumpulan baru berlaku pada tanggal yang tercantum dalam Polis dan Premi telah dibayar lunas.
5. Untuk kepesertaan awal penutupan asuransi apabila jumlah Tertanggung/Peserta di bawah 20 (dua puluh) Tertanggung/Peserta, setiap Tertanggung/Peserta diwajibkan untuk mengisi Surat Permintaan Asuransi (SPA).

SPAJK-00-03.17



- 6 Untuk Penutupan produk Macam Asuransi Jiwa Kredit* apabila penutupan awal jumlah kepesertaan di bawah 25 (dua puluh lima) Tertanggung/Peserta, maka kami akan membuat surat pernyataan kesanggupan pemenuhan jumlah peserta minimal 25 (dua puluh lima) Tertanggung/Peserta dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan setelah penutupan awal sebagaimana diwajibkan oleh PT Asuransi Jiwasraya (Persero). Apabila dalam tenggat waktu 3 (tiga) bulan, jumlah minimal tidak terpenuhi maka PT Asuransi Jiwasraya (Persero) berhak secara sepihak untuk membatalkan Polis Induk dan premi yang telah disetorkan akan dikembalikan dengan dikurangi biaya yang telah diterbitkan.
- 7 Surat Permintaan Asuransi (SPA) yang diisi dan ditandatangani oleh Tertanggung/Peserta sendiri sepenuhnya menjadi tanggung jawab kami selaku Calon Pemegang Polis.
- 8 Persyaratan dokumen yang perlu dilampirkan :
 1. Fotokopi Kartu NPWP
 2. Fotokopi Akta Pendirian perusahaan.
 3. Fotokopi Anggaran Dasar (terakhir) sesuai Perundang-Undangan Republik Indonesia.
 4. Fotokopi Surat Ijin Usaha Perdagangan (SIUP).
 5. Fotokopi Surat Ijin bidang kegiatan yayasan (khusus bagi badan hukum yayasan).
 6. Fotokopi Tanda Daftar Perkumpulan dari instansi yang berwenang (khusus bagi badan hukum perkumpulan).
 7. Struktur dan nama pengurus.
 8. Fotokopi Identitas (KTP) anggota pengurus yang ditunjuk mewakili.
 9. Spesimen tanda tangan dan kuasa kepada Pihak yang ditunjuk mewakili.
 10. Fotokopi Laporan Keuangan atau deskripsi kegiatan usaha (tidak berlaku badan hukum yayasan, perkumpulan dan usaha mikro/kecil).

Surabaya 30 Juli 2020


RS MATA
UNDAAN
.....
(dr. Ria Sylvia Husrantini, Sp.M)
Pemegang Polis

Catatan :

Lembar pengisian Surat Permintaan Asuransi Jiwa Kumpulan (SPAJK) yang diterbitkan PT Asuransi Jiwasraya (Persero) ini telah memenuhi Ketentuan Peraturan Otoritas Jasa Keuangan (POJK) Nomor 012/POJK.01/2017 tanggal 16 Maret 2017

I. PENUTUP (diisi lengkap)

Nama/Nomor Penutup	Status	Kantor Cabang	Kantor Wilayah

II. LAPORAN PENUTUP (diisi lengkap)

1.	Bagaimana pengamatan saudara sebagai penutup mengenai kelayakan Calon Pemegang Polis terkait dengan permintaan penutupan asuransi kumpulan ?	
2.	Bagaimana pengamatan saudara sebagai penutup terkait kelayakan permintaan manfaat/benefit asuransi dan premi asuransi terhadap kemampuan finansial Calon Pemegang Polis untuk kondisi saat ini dan periode selanjutnya ?	
3.	Termasuk dalam kategori apakah risiko bidang usaha/kegiatan Calon Pemegang Polis menurut pengamatan saudara sebagai Penutup ? (pilih salah satu dari pilihan yang dicantumkan)	1. TINGGI 2. SEDANG 3. RENDAH
4.	Apakah ada unit-unit kerja/kegiatan dari Calon Pemegang Polis yang memiliki unsur risiko tinggi ? (jika ada sebutkan)	1. 2. 3.
5.	Bagaimana pengamatan saudara sebagai penutup mengenai kondisi kesehatan para Calon Tertanggung yang diasuransikan Calon Pemegang Polis?	

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menerangkan dengan sesungguhnya bahwa pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas telah saya jawab dengan benar.

.....20.....
Tanda Tangan Penutup

(.....)
Nama Jelas

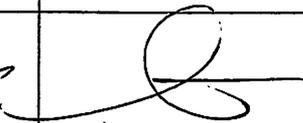
SPAJK-00-03.17

III. CATATAN KANTOR WILAYAH/KANTOR PUSAT

KANTOR WILAYAH ¹	KANTOR PUSAT ²
<p>1. SPAJK diterima tanggal.....</p> <p>2. Catatan penilaian Kepala Kantor Wilayah atas Calon Pemegang Polis ini</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>3. Premi pertama lunas tanggal</p> <p>sebesar</p> <p>bukti setor nomor</p> <p>Tanda Tangan Kepala Kantor Wilayah</p> <p>(.....)</p> <p>.....</p>	<p>1. Bagian Polis & Underwriting PK Diterima tanggal.....</p> <p>Catatan :.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>2. Divisi Pertanggungungan Perorangan & Kumpulan Catatan</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>3. Direksi Catatan :.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>CATATAN LAIN :</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p>	

¹ wajib diisi oleh Kantor Wilayah terkait penutupan
² jika ada catatan khusus dari Kantor Pusat terkait penutupan

SPECIMEN STEMPEL DAN TANDA TANGAN SERTA KUASA PEMEGANG POLIS

No.	Nama	Jabatan	Paraf	Tanda Tangan
1.	dr. Ria Sylvia H., Sp. M	Plt. Direktur		
2.	Hargo W., SE., MSi., AK., CA	Wakil Administrasi Umum dan Keuangan		
3.				

SPECIMEN CAP PERUSAHAAN

