

# PROPOSAL

## PT. ASURANSI BRI LIFE



Website : <http://www.brilife.co.id>

### **Kantor Pusat**

Graha Irama Lt. 5, 7, 9 & 15  
Jl. HR. Rasuna Said Blok X-1 Kav 1 & 2  
Jakarta 12950  
Telp. (021) 5261260 (hunting)  
Fax. (021) 5261258, 5261472  
Email : [pemasaran@brilife.co.id](mailto:pemasaran@brilife.co.id)

### **KANTOR CABANG ARM SURABAYA**

PT. Asuransi BRI LIFE  
Jl. Dr. Soetomo No. 49 Surabaya 60264  
Telp. (031) 5689972 – 73 / 5623801 Fax. (031) 5681855  
Email : [arm.surabaya@brilife.co.id](mailto:arm.surabaya@brilife.co.id)



No. : /BRM-2/Inbranch/ARM-SBY/I/2022  
Lampiran : 1 berkas  
Perihal : Pengajuan Jalinan Kerjasama dan Sosialisasi Program

Surabaya, 20 Juni 2022

**Kepada, Yth.**

RS Mata Undaan Surabaya  
di tempat

Dengan hormat,

Bersama ini kami dari PT. Asuransi BRI LIFE, salah satu anak Perusahaan PT. Bank Rakyat Indonesia, Tbk. bermaksud mengajukan jalinan kerjasama dengan RS Mata Undaan dengan memperkenalkan produk **Asuransi Mikro Proteksi Aman Sejahtera (PIJAR)** yang memberikan manfaat untuk risiko kecelakaan, kesehatan dan meninggal dunia dengan masa asuransi selama 1 (satu) tahun.

Adapun ketentuan produk asuransi Pijar ini sebagai berikut:

1. Masa asuransi : 1 tahun dan dapat diperpanjang
2. Premi : pijar 100 sebesar Rp. 100.000 dan pijar 200 sebesar Rp.200.000
3. Usia masuk peserta asuransi : minimal 21 tahun dan maksimal 64 tahun.
4. Table manfaat Pijar 100 dan 200

**KANTOR CABANG ARM SURABAYA**

PT. Asuransi BRI LIFE  
Jl. Dr. Soetomo No. 49 Surabaya 60264  
Telp. (031) 5689972 – 73 / 5623801 Fax. (031) 5681855  
Email : arm.surabaya@brilife.co.id



No	Jenis Asuransi	Santunan	Santunan
		Pijar 100	Pijar 200
1	Biaya Harian Rawat Inap *	. 150.000,-	. 325.000,-
2	Biaya Operasi /Tahun	4.000.000,-	9.000.000,-
3	Meninggal Biasa	. 5.000.000,-	10.000.000,-
4	Meninggal akibat Kecelakaan	45.000.000,-	75.000.000,-
5	Cacat Tetap Total atau Sebagian akibat Kecelakaan**	. 12.500.000,-	20.000.000,-

#### 5. Ketentuan khusus

#### KETENTUAN KHUSUS

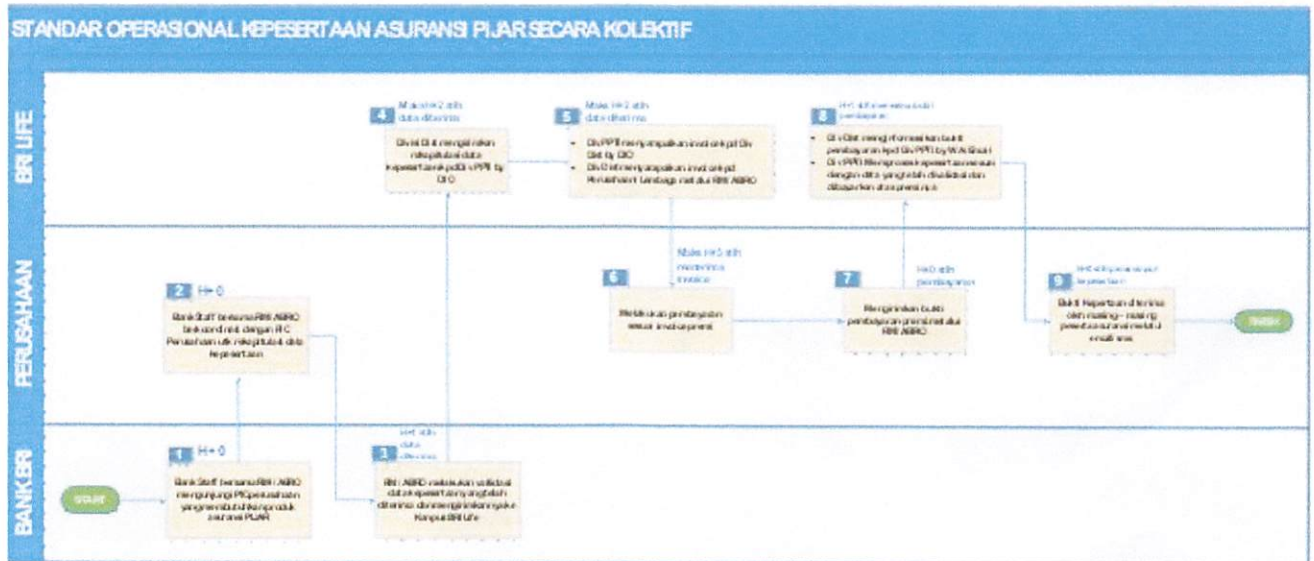
MASA TUNGGU	PENGECEUALIAN
1. Klaim-klaim yang timbul pada masa 30 (tiga puluh) hari sejak mulai kepesertaan kecuali akibat kecelakaan;	1. Rawat inap dan biaya operasi terkait kehamilan atau melahirkan atau kesuburan atau mempercantik diri atau cacat yang sudah diderita sebelumnya atau operasi katarak atau biaya non-medis;
2. Penyakit yang dilakukan perawatan sebelum 180 (seratus delapan puluh) hari sejak berlaku asuransi antara lain: TBC (Tuberculosis) dan Asma; Radang Empedu, Batu Empedu, Penyakit yang berhubungan dengan ginjal, Kencing Manis (Diabetes Mellitus), Lever, Tekanan darah tinggi atau penyakit jantung dan pembuluh darah; Ayan (Epilepsi), Tumor pada permukaan kulit, segala jenis tumor jinak, Haemorrhoids (wasir), Anal Fistulae, Usus buntu, Semua bentuk Hernia, Amandel dengan tindakan operasi, Penyakit peningkatan fungsi kelenjar gondok, kelainan sekat rongga hidung yang memerlukan operasi, sinusitis, penyakit yang berhubungan dengan sistem reproduksi, segala jenis keganasan (Carcinoma), Hallux Valgus.	1. Penyakit yang disebabkan oleh virus HIV/AIDS atau semua jenis kanker atau terkait penyalahgunaan narkotika dan sejenis.

#### ANTOR CABANG ARM SURABAYA

PT. Asuransi BRI LIFE  
 Jl. Dr. Soetomo No. 49 Surabaya 60264  
 Telp. (031) 5689972 – 73 / 5623801 Fax. (031) 5681855  
 Email : arm.surabaya@brilife.co.id



Adapun mekanisme pendaftaran Asuransi Pijar secara kolektif tertuang dalam flow sebagai berikut



Serta untuk field data kepesertaan secara kolektif, perusahaan dimohon agar melengkapi beberapa data peserta asuransi, data penerima manfaat, serta data kebutuhan klaim sesuai table berikut:

**Field Data untuk Kepesertaan Kolektif Produk PIJAR**

Data Peserta Asuransi	Data Penerima Manfaat	Data Kebutuhan Klaim
<ul style="list-style-type: none"> <li>• NO KTP</li> <li>• NAMA LENGKAP</li> <li>• TL LAHIR (DD/MM/YYYY)</li> <li>• TEMPAT LAHIR</li> <li>• JENIS KELAMIN</li> <li>• NO HP</li> <li>• EMAIL</li> <li>• ALAMAT</li> <li>• PROVINSI (Opsinya sesuai data dukcapil)</li> <li>• KOTA (Opsinya sesuai data dukcapil)</li> <li>• PRODUK PIJAR</li> <li>• PREMI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NAMA AHLI WARIS</li> <li>• TGL LAHIR (DD/MM/YYYY)</li> <li>• HUBUNGAN DNG PESERTA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BANK REKENING</li> <li>• NOMOR REKENING</li> <li>• NAMA PEMILIK REKENING</li> </ul>

KANTOR CABANG ARM SURABAYA

PT. Asuransi BRI LIFE  
 Jl. Dr. Soetomo No. 49 Surabaya 60264  
 Telp. (031) 5689972 – 73 / 5623801 Fax. (031) 5681855  
 Email : arm.surabaya@brilife.co.id

Selanjutnya kelengkapan data kepesertaan secara kolektif akan kami susun dalam bentuk draft pengajuan secara kolektif ke Kantor Pusat BRILIFE. Terkait data *email* dan *no handphone* sebaiknya yang dicantumkan adalah nomor dan email perusahaan dikarenakan segala bentuk terjadinya Klaim akan ada notifikasi atau pemberitahuan pada no handphone dan email tersebut yang akan lebih memudahkan kami untuk proses controlling.

Apabila terjadi resiko yang menyebabkan terjadinya klaim, maka yang harus dilengkapi yaitu sbb:

#### DOKUMEN KLAIM

•Klaim Santunan Harian Rawat Inap di Rumah Sakit mengisi form klaim, dan dilampirkan dokumen sebagai berikut :	•Klaim Santunan Biaya Rumah Operasi / Pembedahan mengisi form klaim, dan dilampirkan dokumen sebagai berikut	•Klaim Meninggal Dunia Akibat Kecelakaan mengisi form klaim, dan dilampirkan dokumen sebagai berikut:	•Klaim Meninggal Dunia Biasa mengisi form klaim, dan dilampirkan dokumen sebagai berikut:	•Klaim Cacat Tetap Total atau Sebagian Akibat Kecelakaan mengisi form klaim, dan dilampirkan dokumen sebagai berikut
•Resume Medis dari Rumah Sakit / Klinik / Puskesmas;	•Resume Medis dari Rumah Sakit / Klinik / Puskesmas	Asli Surat Keterangan Kematian dari Kelurahan atau Rumah Sakit atau kepolisian untuk meninggal karena kecelakaan lalu lintas atau kronologis kecelakaan (untuk meninggal karena kecelakaan tunggal)	•Resume Medis dari Rumah Sakit / Klinik / Puskesmas;	•Asli Surat Keterangan Kecelakaan dari kepolisian;
•Rincian Biaya dan Kwitansi asli / copy yang dilegalisir dari Rumah Sakit / Klinik / Puskesmas dalam hal peserta Asuransi menjalani perawatan di Rumah Sakit / Klinik /Puskesmas;	•Rincian Biaya dan Kwitansi asli / copy yang dilegalisir dari Rumah Sakit / Klinik / Puskesmas dalam hal peserta Asuransi menjalani perawatan di Rumah Sakit / Klinik / Puskesmas;		•Bukti Identitas (KTP) Peserta Asuransi (copy);	•Resume Medis dari Rumah Sakit
•Bukti Identitas (KTP) Peserta Asuransi (copy);	•Bukti Identitas (KTP) Peserta Asuransi (copy);	•Bukti Identitas (KTP) Peserta Asuransi (copy);	•Asli Surat Keterangan Kematian dari Kelurahan atau Rumah Sakit;	•Bukti Identitas (KTP) Peserta Asuransi (copy).
•Asli Surat Keterangan Kecelakaan dari kepolisian, jika perawatan akibat kecelakaan	•Asli Surat Keterangan Kecelakaan dari kepolisian, jika perawatan akibat kecelakaan;	•Fotocopy Kartu Keluarga Peserta Asuransi atau Surat Keterangan Ahli Waris yang dikeluarkan oleh pihak yang berwenang kecelakaan	•Fotocopy Kartu Keluarga Peserta Asuransi atau Surat Keterangan Ahli Waris yang dikeluarkan oleh pihak yang berwenang	

Beberapa dokumen untuk kelengkapan klaim tersebut selanjutnya diserahkan kepada kami selambat-lambatnya 30 hari sejak tanggal kejadian untuk kami ajukan klaim, dan untuk SLA klaim yaitu 14 hari kerja.

Demikian penjelasan yang dapat kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih

PT. ASURANSI BRI LIFE

Renita Dwita Angelina

Bancassurance Distribution Manager Surabaya

KANTOR CABANG ARM SURABAYA

PT. Asuransi BRI LIFE  
 Jl. Dr. Soetomo No. 49 Surabaya 60264  
 Telp. (031) 5689972 – 73 / 5623801 Fax. (031) 5681855