

Nama Pemohon (Name of Applicant): _____ Telp (Phone): _____

Alamat (Address): _____ Fax: _____

_____ Email: _____

Negara Asal (Country of Origin): _____ Negara Tujuan (Country (ies) to be visited): _____

Silahkan Kotak yang Sesuai (Please The Appropriate Box) - Pilihan Pertanggunggaan (Coverage Selected) Plan A Plan B Plan C

Pilihan Jenis Premi (Premium Type Selected) Individu (Individual) Keluarga (Family)

Nama Ahli Waris (Name of Appointed Beneficiary): _____ Hubungan dengan Tertanggung (Relation to Insured): _____

Periode Asuransi (Period of Insurance): Dari (Start from): _____ MM/ _____ DD/ _____ YY Untuk (For): _____ Hari (Days)

No.	Nama Tertanggung (Name of Insured)	Jen-kel (Sex)	Tgl. Lahir (MM/DD/YY) (Date of Birth)	No. Paspor (Passport No.)	Opsi Perlindungan Mobil Sewaan (Optional Rental Car Protection MM/DD/YY)	Premi dalam US\$ (Premium in US\$)
1.					Dari (From) / / Untuk (For) Hari (Days)	
2.					Dari (From) / / Untuk (For) Hari (Days)	
3.					Dari (From) / / Untuk (For) Hari (Days)	
4.					Dari (From) / / Untuk (For) Hari (Days)	
5.					Dari (From) / / Untuk (For) Hari (Days)	
Total Premi untuk Polis Ini (Total Premium for This Policy)						

Terlampir cek Pembayaran sebesar US\$ _____ yang ditujukan ke:

(Hereby I Enclose my check for US\$ payable to): **PT. MALACCA TRUST WUWUNGAN INSURANCE**

American Express Visa MasterCard No. Kartu (Card No.) _____ Masa Berlaku (Expiry Date MM/YY): _____ / _____

Nama Pemegang Kartu (Name of Cardholder): _____

Hubungan dengan Pemohon (Relationship to Applicant): _____ T.T.D (Signature of Cardholder): _____

Pernyataan / Declaration: Dengan ini saya mengajukan permohonan untuk Polis asuransi perjalanan Bon Voyage Travel Plan berdasarkan pernyataan-pertanyaan diatas, dan menjamin bahwa sepanjang pengetahuan dan keyakinan saya tidak ada Tertanggung yang melakukan perjalanan berlawanan dengan nasihat dari seorang praktisi medis atau untuk tujuan memperoleh pengobatan medis dan saya memahami bahwa pengobatan untuk penyakit yang sudah ada sebelumnya, yang ada, pengobatan berulang, atau kondisi medis bawaan tidak diasuransikan. Saya juga menjamin bahwa saya tidak mengetahui adanya kondisi, penyebab, atau keadaan yang mungkin memerlukan pembatalan atau pembatasan perjalanan sesuai yang direncanakan. I hereby apply for a Bon Voyage Travel Plan to be based on the above statements, and warrant that to the best of my knowledge and belief that no Insured Person is traveling contrary to the advice of a medical practitioner or for the purpose of obtaining medical treatment and that I Understand treatment of any pre-existing, existing, recurring, or congenital medical condition is not Insured. I further warrant that i am not aware of any condition, cause, or circumstances that may necessitate the cancellation or curtailment of the journey as planned.

Tanda Tangan Pemohon (Applicant Signature): _____ Tanggal (Date): _____ MM _____ DD _____ YY Agen/Broker: _____