

# STANDARD INTERNATIONAL PLAN

## FORMULIR APLIKASI (APPLICATION FORM)

Nama Pemegang Polis (Name of Policyholder) \_\_\_\_\_ Belakang (Last) \_\_\_\_\_ Depan (First) \_\_\_\_\_ Tengah (Middle) \_\_\_\_\_

Alamat (Address) \_\_\_\_\_ Phone Home \_\_\_\_\_ Office \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

DATA DIRI (PERSON'S DETAILS)	TERTANGGUNG #1 Insured Person #1	TERTANGGUNG #2 Insured Person #2	TERTANGGUNG #3 Insured Person #3	TERTANGGUNG #4 Insured Person #4
Nama Keluarga (Family Name)				
Nama Awal dan Tengah (First dan Middle Name)				
Tanggal Lahir (DOB) MM/DD/YY	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Jenis Kelamin (Sex)	<input type="checkbox"/> L/M <input type="checkbox"/> P/F	<input type="checkbox"/> L/M <input type="checkbox"/> P/F	<input type="checkbox"/> L/M <input type="checkbox"/> P/F	<input type="checkbox"/> L/M <input type="checkbox"/> P/F
Hubungan dengan Pemegang Polis (Relationship to Policyholder)				
Pekerjaan (Occupation and Duties)				
Tinggi (Height)	____ Cm/ ____ Ft ____ in	____ Cm/ ____ Ft ____ in	____ Cm/ ____ Ft ____ in	____ Cm/ ____ Ft ____ in
Berat (Weight)	____ Kg/ ____ lb	____ Kg/ ____ lb	____ Kg/ ____ lb	____ Kg/ ____ lb
No. KTP atau Paspor (Government I.D or Passport No.)				
Kewarganegaraan (Country of Citizenship)				
Negara Tempat Tinggal (Country of Residence)				
Email untuk HealthCare 365 (Email for HealthCare 365)				

### PLAN YANG DIPILIH (PLAN SELECTION)

Standard (US\$ 1,000,000)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Upgrade (US\$ 2,000,000)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MANFAAT TAMBAHAN (Additional Benefits)	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> Travel <input type="checkbox"/> Rental Car Protection <input type="checkbox"/> Private Room	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> Travel <input type="checkbox"/> Rental Car Protection <input type="checkbox"/> Private Room	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> Travel <input type="checkbox"/> Rental Car Protection <input type="checkbox"/> Private Room	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> Travel <input type="checkbox"/> Rental Car Protection <input type="checkbox"/> Private Room
MANFAAT KECELAKAAN DIRI (Personal Accident Benefit) P.A Sum Insured (in US\$ 10,000's)	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
NAMA PENERIMA MANFAAT (Beneficiary Designation)				
HUBUNGAN DENGAN TERTANGGUNG (Relationship to Insured Person)				

### OPSI DISKON (DISCOUNT OPTIONS)

Treatment Area Limit (TAL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20% Co-payment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outpatient Exclusion Option	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### OPSI PEMBAYARAN (PAYMENT OPTIONS)

Premi Tahunan (Annual Premium)	<input type="checkbox"/> Tahunan (Annual) _____	<input type="checkbox"/> Premi (Premium Due) _____
Semesteran (Semi-Annual) 52%	<input type="checkbox"/> Semesteran (Semi-Annual) _____	<input type="checkbox"/> Premi (Premium Due) _____

TANGGAL EFEKTIF (PREFERRED EFFECTIVE DATE) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / (MM/DD/YY)

# PERTANYAAN MEDIS / MEDICAL QUESTIONS

\* Mohon berikan informasi tentang riwayat kesehatan Anda. Semua informasi yang diberikan akan dirahasiakan. Info lengkap dan akurat dari Anda akan membantu kami dalam menyeleksi risiko diri Anda. Setiap orang yang akan dimasukkan dalam polis perlu mengisi formulir secara lengkap. (Orang tua diminta untuk melengkapi dan menandatangani formulir atas nama anak).  
*Kindly provide information on your medical history. All information provided is kept in strictest confidentiality. Your complete and accurate responses will assist us to properly underwrite your policy. Each person to be included in the policy is required to complete an application form. (Parents are required to complete and sign the application form on behalf of children).*

	#1		#2		#3		#4	
	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
1. a). Apakah anda saat ini ditanggung oleh polis asuransi kesehatan lain? (Jika "Ya" mohon lampirkan salinan polisnya dan cakupan manfaat) <i>Are you currently covered by any medical insurance policy? (If "Yes" please provide us with a copy of the policy and benefits schedule)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b). Pernahkah formulir asuransi kesehatan atau jiwa ditolak, dilakukan kenaikan atau dibatasi? (Jika "Ya" mohon dijelaskan) <i>Has any medical or life application been declined, rated or restricted? (if "Yes", Please explain)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c). Pernahkah polis asuransi kesehatan atau jiwa dibatalkan, ditarik kembali, dilakukan kenaikan atau dibatasi? (Jika "Ya" mohon dijelaskan) <i>Has any medical or life policy been cancelled, withdrawn, rated or restricted? (if "Yes", Please explain)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pada setiap saat sebelum permohonan ini apakah anda pernah mengalami gejala dari atau terdiagnosa, diperiksa atau diobati untuk setiap hal-hal dibawah ini: ( <b>garis bawah</b> hal yang spesifik dan jelaskan di bagian yang tersedia) <i>At any time prior to the application, have you ever had symptoms of or been diagnosed, investigated or treated for any of the following: (underline the specific item and explain in the space provided below)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a). Gangguan bicara, paralisis, kehilangan pendengaran, cacat fisik, kelemahan, penyakit kongenital, kelainan bentuk atau penyakit genetik atau kondisi kronis? <i>Speech defect, paralysis, hearing loss, physical defect, infirmity, congenital illness, genetic deformity or disease or chronic condition?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b). Asma, kelainan pematasan atau alergi atau gangguan mata, telinga, hidung atau tenggorokan? <i>Asthma, respiratory or allergic condition or disorder of the eyes, ears, nose or throat?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c). Gangguan mental atau kejiwaan, pingsan, kehilangan kesadaran, perubahan keadaan emosional, kecanduan alkohol/obat-obatan, epilepsi/kejang? <i>Psychiatric or mental disorder, fainting, blackout, mood change, drug/alcohol addiction, seizure or fit?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d). Hipertensi, tekanan darah (tinggi atau rendah), nyeri dada, masalah kolesterol, pusing berputar, gangguan jantung/peredaran darah? <i>Hypertension, (high or low) blood pressure, chest pain, cholesterol problem, dizziness, heart or circulatory disorder?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e). Batu ginjal, penyakit kelamin, atau gangguan kandung kemih, prostat, ginjal atau saluran kelamin-kemih? <i>Kidney stone, venereal disease, or disorder of the bladder, prostate, kidney, or genito-urinary tract?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f). Hepatitis, ulkus, wasir, radang usus besar atau gangguan perut, empedu, hati atau usus? <i>Hepatitis, ulcer, hemorrhoid, colitis or stomach, gall bladder, liver or bowel disorder?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g). Sciatica, nyeri punggung, sakit sendi atau rematik, penyakit artritis, penyakit atau gangguan otot, sendi atau tulang? <i>Sciatica, back pain, joint pain or rheumatic, arthritic, muscle, joint or bone disease or disorder?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h). Kelainan darah atau gangguan pembuluh darah? <i>Blood abnormality or blood vessel disorder?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i). HIV, AIDS, Kompleks berkaitan dengan AIDS, atau indikasi mengenai gangguan sistem kekebalan atau darah? <i>HIV, AIDS, AIDS related complex, or any indication of blood or immune system disorder?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j). Kanker, tumor atau kista? <i>Cancer, tumor or cyst?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k). Gangguan kulit? <i>Skin Disorder?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l). Diabetes melitus, gangguan kelenjar atau hormon? <i>Diabetes mellitus, glandular or hormonal disorder?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m). Demam rematik, asam urat, malaria atau hernia jenis apapun? <i>Rheumatic fever, gout, malaria or hernia of any kind?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n). Gangguan kandungan atau penyakit atau komplikasi yang berkaitan dengan kehamilan? <i>Gynecological disorder or disease or complication associated with pregnancy?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o). Penyakit lainnya, gangguan atau cedera? <i>Any other ailment, impairment, or injury?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Apakah anda saat ini sedang melakukan pemeriksaan kesehatan atau mengkonsumsi obat-obatan atau menerima pengobatan dalam bentuk apapun yang direkomendasikan atau diresepkan? (rincian dengan dosis) <i>Are you currently undergoing any investigations or taking any medications or receiving any from treatment recommended or prescribed? (list with dosage)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Apakah anda pernah menjadi pasien rumah sakit atau sanatorium untuk pembedahan, observasi atau pengobatan dalam 5 tahun terakhir ini? <i>Have you been a patient in a hospital or sanitarium for surgery, observation or treatment in the last 5 years?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Pernahkah anda merokok atau penggunaan tembakau cara lain? (jika "Ya" mohon berikan keterangan jumlah konsumsi (bungkus) dan lamanya menggunakan tembakau) <i>Have you ever smoked or otherwise used tobacco? (if "Yes" please advise the consumption (pack) and duration of tobacco use)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## CARA PEMBAYARAN (PAYMENT METHOD)

Pembayaran dapat dilakukan dengan:

1. CEK yang ditujukan kepada **PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance**
2. TRANSFER ke rekening bank yang tercantum berikut ini
3. Pembayaran dengan KARTU KREDIT menggunakan formulir otorisasi

*Payment may be made by:*

1. CHECK payable to **PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance**
2. TELEGRAPHIC TRANSFER to the bank account as noted
3. CREDIT CARD PAYMENT using the payment Authorization Form

BCA - Rekening Rupiah (IDR Account)

Acc No. : 035.322.1121

Nama : **PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance**

Cabang : BCA Sudirman

Jl. Jend. Sudirman Kav. 21

# PERTANYAAN MEDIS / MEDICAL QUESTIONS

- \* Jika anda menjawab "Ya" atas pertanyaan 1 sampai 5 diatas, berikan rincian lengkap termasuk sejarah medis, diagnosa, jenis/tanggal perawatan dan pengobatan yang diterima, tanggal konsultasi terakhir dan laporan medis terkait dll. (Jika lembar tidak cukup, mohon menggunakan lembar terpisah untuk setiap Tertanggung).  
*If you answered "Yes" to any of the above questions 1 to 5, please give complete details including medical history, diagnosis, nature/date of care and treatment received, date of last consultation and related medical reports, etc. (If the space provided is insufficient, please use a separate sheet for each Insured Person).*

---

---

---

---

---

---

---

---

- \* Mohon berikan nama dan rincian kontak dari dokter pribadi atau dokter untuk setiap Tertanggung.  
*Kindly provide name and contact details of your personal physician or doctor for each Insured Person.*

---

---

---

---

---

---

---

---

Dengan ini saya mengajukan permohonan polis yang didasarkan pada pernyataan di atas dan menyatakan bahwa, semua jawaban pertanyaan tersebut di atas adalah benar dan tercatat akurat sesuai dengan pengetahuan dan keyakinan saya.

Saya memberikan kuasa kepada dokter berlisensi, praktisi medis, rumah sakit, klinik atau fasilitas medis atau yang terkait lainnya, perusahaan asuransi atau organisasi lainnya, instansi atau perorangan, yang memiliki catatan kesehatan atau informasi mengenai saya atau kesehatan saya, untuk memberikan **PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance** segala informasi tersebut. Salinan fotokopi dari surat kuasa ini harus dianggap sah sesuai dengan aslinya.

Saya selanjutnya memberikan kuasa kepada Perusahaan untuk memberikan data pribadi saya termasuk namun tidak terbatas pada kesehatan dan rincian klaim yang terjadi kepada perusahaan reasuransi dengan mana Perusahaan memiliki atau mengusulkan untuk memiliki hubungan atau kepada setiap agen, kontraktor atau provider pihak ketiga yang menyediakan layanan kepada Perusahaan berkaitan dengan operasional bisnisnya tersebut.

Dengan ini saya menyatakan dan setuju bahwa Pemegang Polis akan memiliki kewenangan untuk berhubungan dengan, menerima atau meminta informasi dari Perusahaan berkaitan dengan (para) Tertanggung dalam hubungannya terhadap segala klaim atau hal-hal yang timbul dari polis yang diterbitkan sehubungan dengan aplikasi ini. Saya selanjutnya setuju bahwa pembayaran dari setiap manfaat - manfaat disini atas Pemegang Polis atau (para) Tertanggung dalam kaitannya dengan seluruh klaim dianggap sebagai pelunasan penuh atas bagian Perusahaan dalam kaitannya dengan klaim tersebut.

*I hereby apply for a policy to be based on the above statements and declare that, to the best of my knowledge and belief, all answers to the foregoing questions are correctly and accurately recorded, and that they are full, complete and true.*

*I hereby authorize any licensed physician, medical practitioner, hospital, clinic or other medical or medically related facility, insurance company or other organization, institution or person, that has any records or knowledge of me or my health, to give to **PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance** any such information. A photostat copy of this authorization shall be as valid as the original.*

*I further authorize the Company to provide my personal data including but not limited to health and details of the claims incurred to reinsurance companies with whom the Company has or proposes to have dealings or to any agent, contractor or third party service provider who provides services to the Company in connection with the operation of its business.*

*I hereby declare and agree that the Policyholder shall have the authority to deal with, receive or request for information from the Company concerning the Insured Person(s) in relation in any claims or matters arising from the policy issued pursuant to this application. I further agree that payment of any benefits hereunder to the Policyholder or Insured Person(s) in relation to all claims shall constitute a full discharge on the part of the Company in relation to such claims.*

## Tanda Tangan / Signature

### Tertanggung #1

Insured Person #1 \_\_\_\_\_

Tanggal / Date (MM/DD/YY) \_\_\_\_\_

### Tertanggung #2

Insured Person #2 \_\_\_\_\_

Tanggal / Date (MM/DD/YY) \_\_\_\_\_

### Tertanggung #3

Insured Person #3 \_\_\_\_\_

Tanggal / Date (MM/DD/YY) \_\_\_\_\_

### Tertanggung #4

Insured Person #4 \_\_\_\_\_

Tanggal / Date (MM/DD/YY) \_\_\_\_\_

### Pemegang Polis

Policyholder \_\_\_\_\_

Tanggal / Date (MM/DD/YY) \_\_\_\_\_

Broker \_\_\_\_\_