

M - SAFE

FORMULIR APLIKASI

Nama Pemegang Polis/Pemohon Akhir HERMAWAN Awal DEDE Tengah -

Nama Perusahaan PT. UNILEVER.

Jenis Usaha CONSUMER GOODS Jabatan Pemohon STAF

Alamat GATOT SUBROTO

Telepon Rumah - Kantor 021-25998989 HP 08959388098  
Fax 021 2598 8978 e-mail HERMAWAN@GMAIL.COM

Harap beri tanda  pada bagian yang sesuai

DATA DIRI TERTANGGUNG

Nama Keluarga	<u>DEDE YUSUF</u>
Nama Awal dan Tengah	<u>DYAH AYU</u>
Tanggal Lahir	<u>10 / 10 / 89</u> (DD/MM/YY)
Jenis Kelamin	Pria <input type="checkbox"/> Wanita <input checked="" type="checkbox"/>
Hubungan dengan Pemegang Polis	<u>ISTRI</u>
Pekerjaan	<u>HRD</u>
Merokok	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/>
Tinggi	<u>165</u> Cm/ <u>5</u> Ft <u>0</u> In
Berat	<u>70</u> Kg/ <u>154</u> Lb
No. KTP atau Paspor	<u>3671.1111.0000</u>
Kewarganegaraan	<u>INDONESIA</u>
Negara Tempat Tinggal	<u>INDONESIA</u>
Plan yang Dipilih	TOPAS <input type="checkbox"/> OPAL <input type="checkbox"/> SAFIR <input type="checkbox"/> INTAN <input checked="" type="checkbox"/>
	IP <input type="checkbox"/> IP + OP <input checked="" type="checkbox"/>

PERTANYAAN UMUM

- Apakah anda telah diasuransikan dalam 3 tahun terakhir? Ya ( ) Tidak (). Jika Ya, mohon diberikan informasi berikut:
  - Apakah polis Anda masih berlaku dan kapan tanggal berakhirnya? \_\_\_\_\_
  - Apakah Anda telah mengajukan klaim dalam 3 tahun terakhir? Jika Ya, mohon berikan rinciannya \_\_\_\_\_
  - Apakah perusahaan Asuransi sebelumnya melakukan perubahan kondisi polis saat perpanjangan? Jika Ya, mohon berikan rinciannya \_\_\_\_\_
  - Mohon diserahkan salinan polis dan daftar manfaat \_\_\_\_\_
- Apakah Anda pernah menderita atau membutuhkan konsultasi, pengobatan jangka panjang, perawatan terapi, perawatan di Rumah Sakit, rumah perawatan, pembedahan atau perawatan untuk suatu penyakit selain penyakit ringan (seperti infeksi saluran pernafasan atas, flu, gastroenteritis dan lain-lain)? Ya ( ) Tidak (). Jika Ya, mohon berikan rinciannya  
Nama Dokter yang Merawat : \_\_\_\_\_ Rumah Sakit \_\_\_\_\_ No. Telp. \_\_\_\_\_  
Jenis dan Lama Kondisi Sakit : \_\_\_\_\_  
Tanggal Konsultasi : \_\_\_\_\_  
Jenis perawatan dan kemungkinan harus dirawat lebih lanjut : \_\_\_\_\_
- Apakah Anda pernah dianjurkan untuk mendapatkan pemeriksaan Rontgen, ECG, MRI, CT Scan atau pemeriksaan/ penyelidikan/ fasilitas laboratorium medis lainnya?  
Ya ( ) Tidak (). Jika Ya, mohon berikan rinciannya :  
Nama Dokter yang Merawat : \_\_\_\_\_ Rumah Sakit \_\_\_\_\_ No. Telp. \_\_\_\_\_  
Jenis dan Lama Kondisi Sakit : \_\_\_\_\_  
Tanggal Konsultasi : \_\_\_\_\_  
Jenis perawatan dan kemungkinan harus dirawat lebih lanjut : \_\_\_\_\_

Cara Pembayaran Premi:

Tahunan

Semesteran (52% dari premi tahunan)

RIWAYAT HIDUP

	Ya	Tidak
1. Apakah anda pernah mendapatkan gejala atau diagnosa, diselidiki atau dirawat untuk suatu keadaan yang disebutkan sebagai berikut: <b>(garis bawah)</b> hal yang sesuai dan jelaskan dibagian yang tersedia dibawah ini)		
a. Gangguan bicara, lumpuh, hilang pendengaran, cacat fisik, lemah fisik, penyakit bawaan dari lahir atau kondisi kronis?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
b. Asma, kondisi/gangguan pernafasan atau alergi atau gangguan mata, telinga, hidung, tenggorokan?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
c. Gangguan mental/kejiwaan, pingsan, kehilangan kesadaran, perubahan keadaan emosional, kecanduan obat/alkohol, ayun/kejang?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
d. Hipertensi, masalah tekanan darah (tinggi/rendah), sakit dada, masalah kolesterol, vertigo, gangguan jantung/peredaran darah?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
e. Batu ginjal, penyakit kelamin, atau gangguan kandung kemih, prostat, ginjal atau saluran kemih?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
f. Hepatitis, ulkus, wasir, radang usus besar atau gangguan perut, empedu, hati atau usus?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
g. <i>Sciatica</i> , sakit bagian belakang, sakit sendi atau rematik, penyakit arthritis, penyakit atau gangguan otot, sendi atau tulang?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
h. Kelainan darah atau gangguan pembuluh darah?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
i. HIV, AIDS, Kompleks berkaitan dengan AIDS, atau indikasi mengenai gangguan sistem kekebalan atau darah?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
j. Kanker, tumor/benjolan atau kista?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
k. Gangguan kulit?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
l. Diabetes melitus, gangguan kelenjar atau hormon?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
m. Demam rematik, encok, malaria atau hernia yang bersifat apapun juga?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
n. Gangguan kandungan atau penyakit atau komplikasi yang berkaitan dengan kehamilan?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
o. Penyakit atau gangguan lainnya?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Apakah anda pernah dirawat dengan prednisolon atau obat steroid, atau sedang dalam pengobatan (alergi)? (mohon jelaskan dosis obat rinciannya)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Apakah anda pernah terlibat dalam suatu olahraga? (mohon jelaskan)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4. Apakah anda pernah atau saat ini seorang perokok?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
a. Jika ya, berapa lama?		
b. Jika masih seorang perokok, berapa banyak batang rokok per hari?		
5. Apakah anda mengonsumsi alkohol secara teratur?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. Apakah ada anggota anda yang menderita diabetes, tekanan darah tinggi, kelainan mental, penyakit jantung, TB atau masalah ginjal, kanker, stroke, atau hepatitis kronis?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Apabila Anda menjawab "Ya" untuk pertanyaan di atas, mohon diberikan rincian secara lengkap termasuk riwayat medis, diagnosa, tanggal perawatan dan jenis perawatan yang diberikan, tanggal konsultasi terakhir dan laporan medis terkait, dll. (jika ruang di bawah ini tidak cukup, mohon menggunakan lembar terpisah).

---



---



---



---

PERNYATAAN

Saya dalam hal ini sebagai Pemegang Polis dan/atau Peserta (Tertanggung) menyatakan setuju bahwa:

- Saya mendaftarkan diri untuk mendapatkan perlindungan asuransi yang dikeluarkan oleh **PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance** selaku Penanggung.
- Sebelum seluruh persyaratan pertanggungan diterima oleh Penanggung sesuai ketentuan Polis Asuransi, Penanggung tidak menjamin adanya pertanggungan.
- Apabila diketahui adanya perubahan kondisi Pemegang Polis/Peserta (Tertanggung) sebelum kondisi dapat diasuransikan tercapai, maka setiap saat Penanggung berhak melakukan seleksi risiko ulang dan Pengelola mempunyai hak untuk membatalkan pertanggungan berdasarkan hasil seleksi risiko ulang tersebut.
- Saya telah membaca, mengerti, dan menjawab pertanyaan-pertanyaan pada Formulir Aplikasi Asuransi Kesehatan ini dengan lengkap dan benar, serta seluruh keterangan telah saya baca dan periksa kembali kebenarannya sebelum menandatangani Formulir Aplikasi Asuransi Kesehatan ini. Saya juga memahami bahwa keterangan, pernyataan, dan penjelasan tersebut menjadi dasar pertanggungan dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis yang diajukan. Dengan demikian, Saya memberi kuasa kepada **PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance** atau pihak yang diberi kuasa olehnya untuk:
  - Memverifikasi informasi yang telah saya berikan kepada pihak manapun dan memperoleh segala catatan dan keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan saya dari Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Instansi Pemerintah, Perorangan atau Organisasi Lainnya dan bertanggung jawab atas segala isinya dan apabila terdapat keterangan yang tidak benar, maka Saya akan tunduk pada ketentuan Polis.
  - Memberikan informasi yang dikumpulkan oleh **PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance** kepada pihak yang berkepentingan (termasuk namun tidak terbatas pada reasuransi, penyidik klaim, bank dan asosiasi industri) yang memiliki kerjasama dengan **PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance** untuk tujuan memproses aplikasi ini dan/atau memproses pembayaran klaim dan/atau untuk keperluan administrasi Polis lainnya.
  - Seluruh salinan dokumen yang dibenarkan sehubungan dengan penutupan Polis ini adalah sesuai asli dan masih berlaku.

  
**DEDE WIRAWAN**  
 Nama Pemohon (HURUF BESAR)  
 dan tanda tangan

10 / 07 / 2017  
 Tanggal (DD/MM/YY)

\_\_\_\_\_  
 Broker/Agen

Anda diwajibkan untuk membaca dan memahami semua pertanyaan dan jawaban yang Anda berikan. Tandatanganlah formulir permohonan ini hanya jika jawaban dipastikan sudah benar. Formulir permohonan berlaku 30 (tiga puluh) hari kalender dan tanggal formulir dilengkapi. Anda wajib mengajukan permohonan ulang apabila masa 30 (tiga puluh) hari sudah lewat.