



PACIFIC CROSS
excellence at every contact



**malacca
trust**
insurance

M - SAFE



Excellence at Every Contact



Cedera atau penyakit terjadi bukan karena pilihan, tetapi menentukan asuransi kesehatan yang berkualitas merupakan pilihan penting bagi kita semua. Anda PASTI menginginkan perawatan medis yang TERBAIK tanpa harus memikirkan konsekuensi finansial yang harus dihadapi.

PT Malacca Trust Wuwungan Insurance (Malacca Trust Insurance– d/h PT Asuransi Wuwungan) merupakan salah satu perusahaan asuransi umum tertua di Indonesia yang berdiri sejak tahun 1952. Sejak tahun 2011, **Malacca Trust Insurance** telah menjadi salah satu anak perusahaan dari Malacca Trust Limited, Singapura, melengkapi keseluruhan usahanya di industri yang sebelumnya telah memiliki perusahaan manajemen aset, sekuritas dan multifinance yang berbasis di Indonesia. **Malacca Trust Insurance** memiliki kantor pemasaran di beberapa kota besar di Indonesia, dan menyediakan varian produk asuransi seperti asuransi kendaraan bermotor, asuransi harta benda, asuransi kecelakaan diri, asuransi pengiriman barang, dan asuransi perjalanan.

Kini, bekerjasama dengan **Pacific Cross**, yang memiliki reputasi dan keahlian khusus di bidang asuransi kesehatan internasional, **Malacca Trust Insurance** telah membuat rancangan produk-produk asuransi kesehatan yang menarik, yang secara khusus dirancang untuk pasar Indonesia. Dengan komitmen untuk menyediakan pelayanan terbaik kepada para nasabahnya, **Malacca Trust Insurance** dan **Pacific Cross** akan terus berupaya untuk melakukan pengembangan yang disesuaikan dengan perkembangan industri asuransi kesehatan di Indonesia.

Pacific Cross memiliki sejarah panjang dan tradisi dalam hal memberikan asuransi kesehatan dan pelayanan kesehatan untuk konsumen di Asia dan seluruh dunia. Rancangan asuransi yang ditawarkan termasuk manfaat kesehatan, perawatan gigi, penglihatan, kecelakaan diri, perjalanan, dan juga jaminan asuransi kesehatan yang dibuat secara khusus (tailor-made). **Pacific Cross** beroperasi di beberapa negara di Asia, di antaranya seperti Pacific Cross Philippines (d/h Blue Cross Insurance, Inc.) telah dikenal dengan baik.

Grup Perusahaan Kami



Indonesia



Samoa



Thailand



Mengapa Memilih M - SAFE ?

Kami ingin memastikan setiap perlindungan yang Anda butuhkan dalam hal biaya medis sudah termasuk dalam program asuransi kesehatan **M - SAFE** kami sehingga Anda dapat merasakan ketenangan setiap saat.

M - SAFE merintis suatu hal yang baru dengan menawarkan asuransi kesehatan untuk tiga generasi sekaligus. Anggota keluarga Anda yang berusia lebih dari 15 hari sampai dengan 64 tahun, yang diterima permohonannya oleh Perusahaan, dapat mengikuti program ini.

Kami mengerti kebutuhan Anda untuk perlindungan asuransi yang berkelanjutan dan produk inovatif ini dirancang khusus untuk memberikan perlindungan kepada anda dan orang yang Anda sayangi, sampai usia lanjut.

Diatas semua itu, kami memahami bahwa perawatan medis yang tepat guna adalah sesuatu yang sangat pribadi dan setiap orang memiliki kebutuhan yang berbeda (unik). Oleh karena itu, kami memasukkan sebanyak mungkin fleksibilitas dalam program kami untuk memenuhi kebutuhan setiap individu yang berbeda dan memberikan perlindungan maksimal.

M - SAFE menawarkan empat jenis plan – **Topas, Opal, Safir** dan **Intan** – untuk memenuhi kebutuhan Anda yang khusus. Plan **Topas, Opal** dan **Safir** memberikan perlindungan untuk biaya medis dasar, sementara plan **Intan** memberikan Anda perlindungan yang lebih luas dan fleksibel.



M - SAFE Memberikan Perlindungan Lebih Pada Saat Tak Terduga

Pengobatan Rawat Jalan Alternatif

Sebagai tambahan dari perawatan fisioterapi, kunjungan ke ahli akupuntur dan chiropractor sesuai rekomendasi dokter ditanggung dalam manfaat Rawat Jalan.

Perawatan Pencegahan

Sebagai salah satu komitmen kami mempromosikan kesehatan, perawatan pencegahan dan yang berhubungan dengannya seperti vaksinasi dan kontrasepsi ditanggung sampai dengan batasan tertentu dalam manfaat Rawat Jalan.

Bantuan Darurat Perjalanan

Keadaan dapat menjadi rumit jika anda menghadapi keadaan medis darurat di saat anda sedang melakukan perjalanan di luar negeri atau jauh dari rumah (lebih dari 150 km dari tempat tinggal). Dengan **M - SAFE**, Anda dan anggota keluarga Anda sekarang memiliki akses ke Pusat Bantuan Darurat 24 jam yang memberikan petunjuk secara cepat dalam keadaan darurat dan membantu Anda menemukan layanan medis yang sesuai di seluruh dunia.

Bilamana fasilitas medis di tempat Anda berada tidak memadai, Pusat Bantuan Darurat akan segera mengatur proses evakuasi Anda, dengan pendampingan petugas medis, menuju ke rumah sakit terdekat, atau memulangka Anda sebagaimana diperlukan secara medis.

Opini Medis Kedua (Berlaku hanya untuk Plan Intan)

Apabila Anda terdiagnosa kondisi tertentu, dan Anda masih memerlukan pendapat lain dalam penegakan diagnosa untuk mendapatkan gambaran yang lebih jelas tentang penyakit Anda, maka **M - SAFE** akan memberikan layanan Opini Medis Kedua dari institusi kesehatan terkemuka di dunia. Tanpa harus melakukan perjalanan, **M - SAFE** akan menyediakan manfaat ini secara "**Gratis**".

TABEL MANFAAT

RAWAT INAP & PEMBEDAHAN

(Dalam Rupiah)

Batas Manfaat per Ketidakmampuan Secara Fisik dan Komplikasinya atau per Tahun Polis	TOPAS	OPAL	SAFIR	INTAN
Kamar Rawat Inap di Rumah Sakit (maks. 365 hari) Per hari sampai dengan:	400,000	600,000	850,000	1,300,000
Unit Perawatan Intensif, Ruang Isolasi dan Observasi (maks. 20 hari) Per hari sampai dengan:	800,000	1,200,000	1,700,000	2,600,000
Biaya Pembedahan Termasuk jasa anestesi dan kamar bedah, per kasus sampai dengan:	27,500,000	40,000,000	60,000,000	80,000,000
Biaya Aneka Perawatan Rumah Sakit Termasuk biaya obat-obatan yang diresepkan, pemeriksaan diagnostik & laboratorium per kasus sampai dengan:	10,000,000	15,000,000	20,000,000	40,000,000
Kunjungan Dokter di Rumah Sakit (Maks. 365 hari) Per hari sampai dengan:	110,000	130,000	200,000	325,000
Kunjungan Dokter Ahli (Maks. 365 hari) Per hari sampai dengan:	220,000	260,000	400,000	650,000
Perawatan Darurat Rawat Jalan dan Gigi karena Kecelakaan Per tahun sampai dengan:	3,000,000	4,000,000	6,000,000	8,500,000
Perawatan Juru Rawat Pribadi di Rumah Sakit (Maks. 365 hari) Per hari sampai dengan:	200,000	300,000	500,000	1,000,000
Biaya Ambulans Per kasus sampai dengan:	275,000	300,000	500,000	700,000
Pengobatan Sebelum (31 hari) dan Sesudah (90 hari) Perawatan di Rumah Sakit Per tahun sampai dengan:	4,000,000	5,000,000	7,500,000	10,000,000
Komplikasi Kehamilan Per tahun sampai dengan:	3,500,000	5,000,000	7,500,000	12,500,000
Pembedahan Rawat Jalan Per tahun sampai dengan:	10,000,000	15,000,000	17,500,000	20,000,000
Manfaat Tunjangan Rumah Sakit (Sampai dengan 15 malam)	400,000	600,000	850,000	1,300,000
Santunan Kematian Akibat Kecelakaan	5,000,000			
Evakuasi Medis Darurat	Termasuk			
Opini Medis Kedua	Khusus Plan INTAN			

RAWAT JALAN

(Dalam Rupiah)

Batas Manfaat per Kunjungan atau per Tahun Polis	TOPAS	OPAL	SAFIR	INTAN
Biaya Konsultasi (Dokter Umum dan Spesialis) Per hari, maks. 1 kunjungan per hari	100,000	120,000	175,000	300,000
Obat-Obatan Per tahun sampai dengan:	2,500,000	3,500,000	4,000,000	8,000,000
Perawatan Pencegahan Termasuk Vaksinasi dan Kontrasepsi Per tahun sampai dengan:	1,000,000	1,200,000	1,500,000	3,500,000
Tes Diagnostik Atas rekomendasi Dokter, per tahun sampai dengan:	650,000	900,000	1,250,000	2,750,000
Fisioterapi dan Rawat Jalan Alternatif (Chiropractor dan Accupuncture) Atas rekomendasi Dokter, per hari, maks. 10 kunjungan per tahun	100,000	120,000	180,000	250,000
Biaya Administrasi Per 1 kunjungan per hari	50,000	50,000	50,000	50,000
Batas Tahunan Rawat Jalan	6,000,000	7,500,000	10,000,000	15,000,000
Tanggungannya Sendiri	20%	20%	20%	20%



Bilamana Anda dalam perjalanan ke luar negeri atau ke luar kota lebih dari 150 km dari rumah, baik untuk keperluan bisnis atau berlibur, dan Anda menghadapi keadaan medis darurat atau kecelakaan maka jasa layanan dan bantuan berikut dapat digunakan.

Bantuan Medis Darurat

Bilamana Anda berada di suatu tempat dimana tak seorang pun yang Anda kenal atau berkomunikasi dalam bahasa yang sama, Anda dapat menghubungi Hotline **Blue Dot Assistance**, yang tersedia 24 jam sehari, 365 hari sepanjang tahun. Petugas medis kami akan memberikan konsultasi melalui sambungan telepon, evaluasi dan rujukan medis kepada dokter yang terlatih dalam ilmu Kedokteran Barat.

Bantuan Evakuasi di Seluruh Dunia

Bila keadaan darurat terjadi di suatu tempat dimana fasilitas medis tidak memadai, sebagaimana ditentukan oleh **Blue Dot Assistance**, tim evakuasi medis, dengan dokter dan/atau paramedis terlatih beserta peralatan yang lengkap, akan berupaya untuk memindahkan Anda ke rumah sakit terdekat yang memiliki fasilitas memadai.

Apabila Peserta meninggal dunia selama dalam perjalanan, **Blue Dot Assistance** akan mengatur dan membayar biaya yang diperlukan untuk memulangkan jenazah ke tempat tinggal terdaftar, termasuk penyediaan rumah duka lokal, perawatan jenazah, pengurusan seluruh dokumen yang diperlukan, memperoleh semua izin hukum, mendapatkan pelayanan konsuler (untuk kematian di luar negeri), pembelian kantung jenazah atau peti jenazah yang sederhana dan pengangkutan jenazah sampai ke rumah duka di tempat tinggal terdaftar.

Informasi Pra-Perjalanan

Untuk mengurangi ketidaknyamanan tinggal di lingkungan yang kurang familiar, Anda perlu dibekali informasi yang benar tentang tempat tujuan Anda. **Blue Dot Assistance** menyediakan informasi berkaitan dengan perjalanan seperti: alamat dan nomor telepon kedutaan besar dan konsulat, nilai tukar mata uang, imunisasi, syarat-syarat pengurusan visa, kode akses telepon internasional dan informasi terkait lainnya.

Care for Minor Children

Apabila anak Anda yang berusia dibawah 18 tahun terabaikan akibat kondisi medis Anda, **Blue Dot Assistance** akan menyediakan transportasi bagi anak Anda untuk pulang atau ke rumah seseorang yang ditunjuk oleh Anda yang bertempat tinggal di negara yang sama dengan Anda. Jika dibutuhkan, seorang pengantar akan mengantar anak Anda hingga ke tempat tujuan.

Transportasi Untuk Menemani Pasien

Blue Dot Assistance menyediakan fasilitas tiket pulang-pergi kelas ekonomi ke bandara utama terdekat dengan rumah sakit bagi anggota keluarga atau teman dekat bila Anda jatuh sakit saat melakukan perjalanan sendiri dan diperkirakan akan dirawat di rumah sakit tersebut selama lebih dari 7 hari berturut-turut. Atas permintaan Anda, **Blue Dot Assistance** akan memberikan bantuan untuk mengatur keberangkatan anggota keluarga atau teman tersebut. Anggota keluarga atau teman tersebut bertanggung jawab untuk memenuhi semua persyaratan visa dan kelengkapan dokumennya.

BLUE DOT
ASSISTANCE



Saat anda menderita penyakit serius – Anda merasa hidup tidak berarti lagi. Di saat harus mengambil keputusan penting tentang kesehatan anda, maka Anda, dokter Anda dan keluarga Anda menginginkan bahwa semua tinjauan medis atau opini yang ada sudah ditinjau secara pasti.

Dengan program **Opini Medis Kedua PT Malacca Trust Wuwungan Insurance**, Anda akan memperoleh akses untuk mendapatkan tinjauan medis secara independen dari dokter- dokter ahli di bidangnya, tanpa harus melakukan perjalanan. Beberapa institusi kesehatan terkemuka di dalam program layanan **Opini Medis Kedua** ini antara lain adalah: Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, London's King's College Hospital, Stanford University Hospital, M.D Anderson Cancer Centre, University of Texas, Kennedy University Hospitals, Children's National Medical Center, The Johns Hopkins Hospital.

Setiap Peserta Plan INTAN berhak untuk mendapatkan layanan **Opini Medis Kedua "Gratis"** untuk setiap jenis kondisi medis atau QMC (*Qualifying Medical Conditions*) yang sama dalam jangka waktu satu tahun.

Kondisi medis atau QMC yang memenuhi syarat untuk mendapatkan layanan **Opini Medis Kedua** diantaranya seperti: penyakit Jantung, Gagal Ginjal, Radang Otak, Alzheimer, Lupus, HIV/AIDS, Kanker (Payudara/Hati/Ginjal/Paru-paru/Ovarium, dan lain-lain).

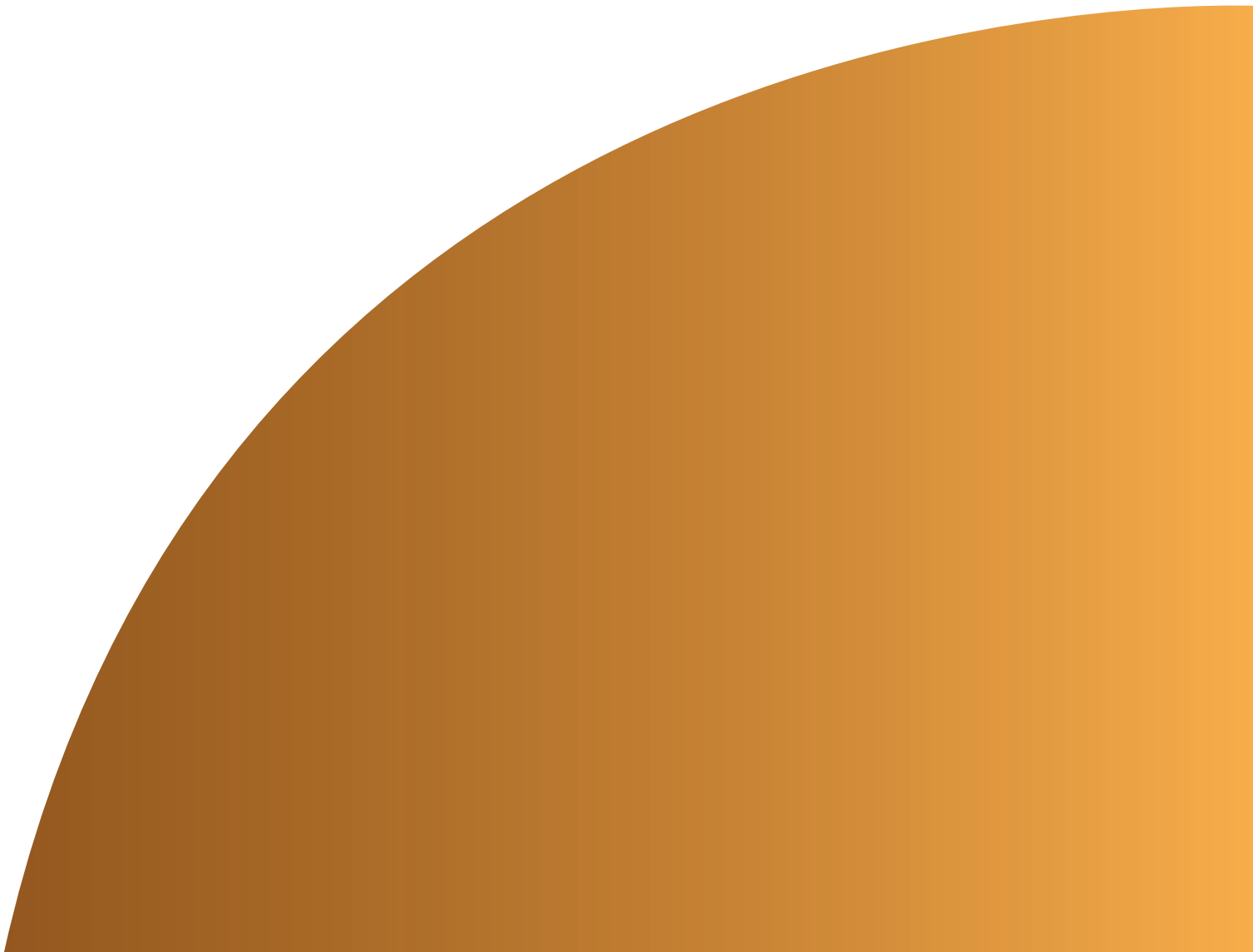
Layanan unik ini disediakan secara eksklusif dari sebuah institusi **Opini Medis Kedua** terdepan di Amerika melalui **PT Nucleus Precise** yang memberikan akses terhadap peninjauan secara independen oleh pusat kesehatan ternama.

Kami memahami bagaimana beratnya terdiagnosis penyakit serius. Bentuk kepedulian ini kami wujudkan dengan menyediakan layanan **Opini Medis Kedua**, agar Anda mendapatkan informasi dan referensi lanjutan mengenai kondisi penyakit Anda. Hasil **Opini Medis Kedua** ini akan diberikan secara tertulis dan komprehensif dalam waktu 14 (empat belas) hari kerja setelah seluruh catatan medis diterima secara lengkap dan benar.

(Syarat dan ketentuan yang berlaku secara lengkap untuk program Opini Medis Kedua mengacu kepada dokumen polis M - SAFE)

Perusahaan Penyedia Layanan Opini Medis kedua oleh:





M - SAFE



PACIFIC CROSS
excellence at every contact

Chase Plaza Tower 19th Floor
Jl. Jend. Sudirman Kav. 21 Jakarta 12920, Indonesia
t. (+62.21) 2598 9878 f. (+62.21) 2598 9879
www.pacificcross.co.id



**malacca
trust**
insurance

Excellence at Every Contact

FORMULIR APLIKASI

Nama Pemegang Polis/Pemohon Akhir _____ Awal _____ Tengah _____

Nama Perusahaan _____

Jenis Usaha _____ Jabatan Pemohon _____

Alamat _____

Telepon Rumah _____ Kantor _____ HP _____

Fax _____ e-mail _____

Harap beri tanda pada bagian yang sesuai

DATA DIRI TERTANGGUNG

Nama Keluarga	
Nama Awal dan Tengah	
Tanggal Lahir	____ / ____ / ____ / (DD/MM/YY)
Jenis Kelamin	Pria <input type="checkbox"/> Wanita <input type="checkbox"/>
Hubungan dengan Pemegang Polis	
Pekerjaan	
Merokok	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
Tinggi	____ Cm/ ____ Ft ____ In
Berat	____ Kg/ ____ Lb
No. KTP atau Paspor	
Kewarganegaraan	
Negara Tempat Tinggal	
Plan yang Dipilih	TOPAS <input type="checkbox"/> OPAL <input type="checkbox"/> SAFIR <input type="checkbox"/> INTAN <input type="checkbox"/>
	IP <input type="checkbox"/> IP + OP <input 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: (garis bawah) 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 type="checkbox"/>
b. Asma, kondisi/gangguan pernafasan atau alergi atau gangguan mata, telinga, hidung, tenggorokan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Gangguan mental/kejiwaan, pingsan, kehilangan kesadaran, perubahan keadaan emosional, kecanduan obat/alkohol, ayun/kejang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Hipertensi, masalah tekanan darah (tinggi/rendah), sakit dada, masalah kolesterol, vertigo, gangguan jantung/peredaran darah?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Batu ginjal, penyakit kelamin, atau gangguan kandung kemih, prostat, ginjal atau saluran kemih?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Hepatitis, ulkus, wasir, radang usus besar atau gangguan perut, empedu, hati atau usus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Sciatica , sakit bagian belakang, sakit sendi atau rematik, penyakit artritis, penyakit atau gangguan otot, sendi atau tulang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Kelainan darah atau gangguan pembuluh darah?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. HIV, AIDS, Kompleks berkaitan dengan AIDS, atau indikasi mengenai gangguan sistem kekebalan atau darah?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Kanker, tumor/benjolan atau kista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Gangguan kulit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Diabetes melitus, gangguan kelenjar atau hormon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Demam rematik, encok, malaria atau hernia yang bersifat apapun juga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Gangguan kandungan atau penyakit atau komplikasi yang berkaitan dengan kehamilan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Penyakit atau gangguan lainnya?	<input type="checkbox"/>	<input 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 type="checkbox"/>
3. Apakah anda pernah terlibat dalam suatu olahraga? (mohon jelaskan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Apakah anda pernah atau saat ini seorang perokok?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Jika ya, berapa lama?		
b. Jika masih seorang perokok, berapa banyak batang rokok per hari?		
5. Apakah anda mengkonsumsi alkohol secara teratur?	<input type="checkbox"/>	<input 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 kronik?	<input type="checkbox"/>	<input 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 diberikan sehubungan dengan penutupan Polis ini adalah sesuai asli dan masih berlaku.

Nama Pemohon (HURUF BESAR)
dan tanda tangan

/ /
Tanggal (DD/MM/YY)

Broker/Agen

Anda diwajibkan untuk membaca dan memahami semua pertanyaan dan jawaban yang Anda berikan. Tandatanganilah 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.

Kecelakaan: Suatu kejadian eksternal yang tidak terduga dan tidak diharapkan yang mengakibatkan cedera yang terjadi selama polis aktif.

Akut: Suatu kondisi medis yang singkat dan memiliki titik akhir yang pasti, yang mana dalam konsultasi ditentukan dapat disembuhkan dengan pengobatan.

Co-asuransi: Resiko sendiri yang harus dibayar oleh Tertanggung atas biaya asuransi atau manfaat lainnya atas suatu klaim yang diajukan.

Ketidakmampuan: Suatu penyakit atau cedera, dan setiap gejalanya, gejala lanjutan atau segala komplikasinya, dan dalam kasus cedera mencakup semua luka-luka yang timbul dari peristiwa yang sama atau serangkaian kejadian yang berkelanjutan.

Gejala lanjutan: Kondisi patologis yang timbul akibat suatu penyakit, cedera, atau trauma lainnya.

Penyakit-penyakit yang sudah ada sebelumnya: Berarti ketidakmampuan secara fisik yang timbul sebelum tanggal dimana Tertanggung secara terus menerus dijamin di bawah polis ini dan untuk mana Tertanggung:

- Menerima perawatan untuk kondisi tersebut dalam masa sebelum tanggal berlakunya polis dan/atau;
- Menunjukkan gejala-gejala dari kondisi tersebut pada saat atau sebelum tanggal berlakunya polis dan atas mana
- Tertanggung sadar atau sewajarnya telah menyadari dan/atau; Telah dianjurkan oleh dokter untuk mendapat pengobatan medis, terlepas dari pengobatan sebenarnya dilakukan atau tidak.

Area Pengobatan: Area geografis yang tercantum dalam tabel manfaat.

Masa Tunggu: Manfaat akan dibayarkan atas suatu penyakit yang timbul 30 hari setelah tanggal efektif polis di tahun pertama. Masa tunggu tidak berlaku untuk pembayaran manfaat atas cedera yang timbul akibat kecelakaan yang terjadi setelah masa berlakunya polis.

Pengecualian: Perusahaan tidak bertanggung jawab untuk perawatan, jenis, kondisi, kegiatan dan pengeluaran-pengeluaran yang berkaitan dengan:

- Kondisi yang sudah ada sebelumnya yang tidak diberitahukan dan disetujui oleh Perusahaan.
- Penyakit-penyakit khusus yang timbul dalam 12 bulan pertama di tahun pertama periode pertanggungan.
- Semua perawatan dan/atau pengobatan yang berhubungan dengan dialisa.
- AIDS, Kompleks yang berkaitan dengan AIDS, atau Human Immunodeficiency Virus (HIV) dan penyakit yang berkaitan. Pada saat Tertanggung menerima gati rugi dari pihak ketiga atau dari Manfaat yang sama dari pertanggungan lain.
- Kosmetik atau bedah rekonstruktif elektif.

- Penyakit atau ketidakmampuan secara fisik dari bayi baru lahir selama kelahiran atau 15 hari sesudahnya.
- Penyakit atau kelainan bawaan (termasuk kondisi turunan) dan kelainan/keterlambatan tumbuh kembang.
- Pemberian jasa medis oleh keluarga dekat dan/atau seseorang yang tinggal dalam rumah tangga Tertanggung.
- Perawatan pencegahan, obat-obatan atau pemeriksaan preventif oleh Dokter dan perawatan-perawatan yang bertujuan untuk penurunan dan penambahan berat badan.
- Perawatan atau pelayanan yang tidak ada hubungannya dengan diagnosa, atau yang tidak diperlukan secara medis.
- Berpartisipasi dalam salah satu kegiatan berbahaya dibawah ini atau kegiatan yang serupa: perlombaan balapan apapun kecuali dengan kaki, bersepeda motor (kecuali sebagai transportasi di atas jalanan aspal), terjun payung, gantole, terbang (kecuali sebagai penumpang yang membayar biaya pada pesawat terbang komersil yang memiliki izin), menjelajahi gua atau mendaki dengan tali atau peralatan lainnya, bungee jumping, menyelam (scuba diving) tidak dibawah pengawasan ahli atau pelatih menyelam NAVI atau PADI, atau sampai ke kedalaman laut yang melebihi 30 meter, atau berjalan kaki diatas 5.000 meter.
- Kondisi sebagai akibat daripada perang atau setiap tindakan perang, kerusuhan, perang saudara atau terlibat dalam tindakan kriminal.
- Metode-metode kontrasepsi, Perawatan Imunisasi dan jasa Dokter yang berkaitan dengannya.
- Pemeriksaan fisik secara berkala, screening kesehatan atau tes-tes yang tidak berhubungan dengan pengobatan ataudiagnosa.

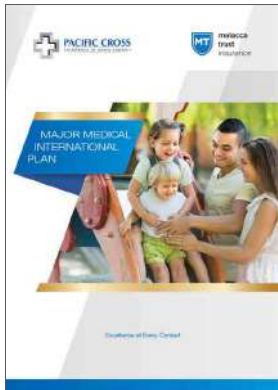
CATATAN :

1. Setiap Pemohon wajib melengkapi Formulir Pengajuan dan informasi tambahan yang mungkin diperlukan.
2. Premi dalam mata uang Rupiah (didasarkan pada usia di hari ulang tahun terdekat) dan bisa berubah. Saat pembaruan polis, bila Anda memasuki batas usia baru maka premi Anda akan berubah mengikuti tabel premi yang berlaku.
3. Polis diperbaharui secara tahunan dan premi disesuaikan secara berkala sesuai dengan pengalaman klaim dan inflasi biaya medis.
4. Semua Pemohon harus berusia kurang dari 65 tahun di setiap pendaftaran pertama.
5. Untuk Pemohon berusia 56-64 tahun saat pendaftaran pertama, berlaku ketentuan berikut untuk penerimaan resiko:
 - a. Pemeriksaan kesehatan yang lengkap dengan biaya Pemohon (akan diganti bila perusahaan menerima pengajuan permohonan).
 - b. Berlaku premi tambahan sesuai dengan hasil pemeriksaan kesehatan.
6. Premi tahunan wajib dibayarkan sebelum pertanggungan bisa dimulai.
7. Pajak dan biaya polis akan ditambahkan terhadap premi yang dikutip di atas.
8. Premi berlaku hanya untuk penduduk Indonesia. Jika anda bermaksud tinggal lebih dari 90 hari di suatu negara lain, anda wajib memberitahu perusahaan untuk pertimbangannya.
9. Salinan dokumen yang diperlukan sesuai tabel di bawah ini.

Persyaratan Dokumen	Usia < 56	Usia 56 - 64
Salinan KTP / Paspor	✓	✓
Salinan Kartu Keluarga	✓	✓
Salinan Polis Kesehatan/Jiwa yang ada	✓	✓
Salinan Hasil Pemeriksaan Kesehatan sebelumnya	✓	✓
Salinan Hasil Pemeriksaan Kesehatan di Klinik yang ditunjuk	—	✓

ASURANSI KESEHATAN INDIVIDU

Plan International



MAJOR MEDICAL INTERNATIONAL PLAN

Produk ini menyediakan manfaat asuransi kesehatan yang utama khusus rawat inap di rumah sakit untuk peserta berusia 0 - 90 tahun.



COMPREHENSIVE INSURANCE PLAN

Produk ini menawarkan manfaat asuransi kesehatan rawat inap dan rawat jalan yang komprehensif di seluruh dunia dalam US Dollar untuk peserta berusia 0 - 90 tahun.

Plan IDR



M - SECURE

Produk ini menawarkan manfaat asuransi kesehatan rawat inap dan rawat jalan yang berlaku di seluruh dunia dalam rupiah untuk peserta berusia 0 - 65 tahun.



STANDARD INTERNATIONAL PLAN

Produk ini menawarkan manfaat asuransi kesehatan rawat inap dan rawat jalan yang lengkap berlaku di seluruh dunia dalam US Dollar untuk peserta berusia 0 - 90 tahun.



EZ - CHOICE

Produk ini menawarkan manfaat asuransi kesehatan dasar untuk keluarga, yang tersedia melalui aplikasi online kami untuk peserta berumur 6 bulan - 55 tahun.



M - PROTECT

Produk ini menawarkan manfaat asuransi kesehatan dasar untuk keluarga dalam rupiah, untuk peserta berumur 6 bulan - 65 tahun.

ASURANSI PERJALANAN



Bon Voyage Plan

Memberikan proteksi bagi perjalanan ke luar negeri anda dengan perlindungan maksimal 180 hari per perjalanan.



Global Travel Protection

Memberikan perlindungan yang lebih luas dengan maksimal 180 hari per perjalanan ke luar negeri.



The Annual Travel Plan

Dirancang bagi Anda yang sering melakukan perjalanan ke luar negeri tanpa batasan jumlah perjalanan per tahun.

UNTUK PEMOHON BERUSIA 56 TAHUN KEATAS

Harap dikirimkan langsung ke

PT. International Services Pacific Cross

Chase Plaza Tower 19th Floor

Jl. Jend. Sudirman Kav. 21 Jakarta 12920, Indonesia

t. (+62.21) 2598 9878 f. (+62.21) 2598 9879 E-mail: agency.broker@pic-indo.com / consultant@pic-indo.com

Catatan: Harap form ini diisi dengan lengkap dan dikirim melalui e-mail kepada PT. International Services Pacific Cross

BAGIAN I (DI ISI OLEH PEMOHON)

Nama Lengkap : _____
 Alamat Lengkap : _____
 No. Telepon : _____ Fax : _____ E-mail : _____
 Tanggal Lahir (DD/MM/YY) : _____ Usia : ____ (tahun) Jenis Kelamin : _____
 Kewarganegaraan : _____ Negara Domisili : _____
 Nama Ayah : _____ Nama Ibu : _____
 Bila Ayah/Ibu Meninggal, Penyebab Kematian : _____
 Jumlah Kakak/Adik : _____ Bila Kakak/Adik meninggal, Penyebab Kematian _____
 Cakupan Medis : YA TIDAK

Surat ini memberikan ijin kepada dokter pemeriksa untuk melaporkan semua informasi kesehatan yang diminta oleh PT. International Services Pacific Cross.

Tanda tangan Pemohon

Tanggal (DD/MM/YY)

BAGIAN II (DI ISI OLEH DOKTER)

II-A KUESIONER KESEHATAN (Tandai pada kolom "Ya" atau "Tidak")

	YA	TIDAK		YA	TIDAK
1. Penurunan / kenaikan berat badan dalam 6 bulan terakhir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Nyeri / sering buang air kecil, perubahan warna urin, keluar batu saat buang air kecil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pusing, sakit kepala, kejang, kelemahan otot atau mati rasa yang tidak diketahui sebabnya pada bagian tubuh tertentu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Pendarahan vagina abnormal, nyeri saat menstruasi, gangguan menstruasi, nyeri pada payudara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Gangguan penglihatan, pilek berulang, sakit tenggorokan sakti telinga atau gangguan pendengaran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Nyeri sendi, luka yang lama sembuh, gangguan berjalan kram, udem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nyeri menelan, sakit perut berulang, gangguan di usus dan konsistensi kotoran, hematemesis, hematoschezia atau melena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Ekimosis, petechie, mudah memar, gusi berdarah dan mimisan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Chest pain, mudah lelah, sesak, orthopnea atau paroxymal noctural dispnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Alergi, pernah mengalami angioneurotic udem atau reaksi anafilaktik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Detail: _____

INFORMASI TAMBAHAN

RIWAYAT SOSIAL

MEROKOK

YA TIDAK

Detail : _____

KONSUMSI ALKOHOL

Detail : _____

OLAHRAGA

Detail : _____

RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA

RIWAYAT PENYAKIT DAHULU

II-B KUESIONER KESEHATAN (HARAP DIISI DENGAN LENGKAP)

1. TANDA VITAL : TD : (DUDUK) _____ (BERDIRI) _____ HR : _____ /MIN TEMPERATUR : _____ °C
: TINGGI : _____ cm BERAT BADAN : _____ kg
2. KEPALA : MATA : _____ HIDUNG : _____
THT : _____ TELINGA : _____
LEHER : _____
3. PEMERIKSAAN PAYUDARA (untuk wanita): _____
4. PARU-PARU : _____
5. JANTUNG : _____
6. ABDOMEN : _____
7. EXTREMITAS : _____

HASIL TES DIAGNOSTIK

- A. RONTGEN DADA : _____
- B. 12 LEAD EKG : _____
- C. HEMATOLOGI : _____
- D. LIPID PROFILE : _____
- E. LIVER FUNCTION TEST (SGPT, SGOT, GGT
Alkaline phosphate, Bilirubins, Albumin) : _____
- F. KIDNEY FUNCTION TEST : _____
- G. SEROLOGI : _____
- H. ANALISA FECES : _____
- I. ANALISA URIN : _____

TES TAMBAHAN (DIKERJAKAN/DIISI BILA ADA INDIKASI)

- A. 2-D ECHO CARDIOGRAM WITH DOPPLER : _____
- B. TREADMIL STRESS TEST : _____
- C. BILATERAL MAMMOGRAPHY
ULTRASOUND (untuk wanita) : _____
- D. ABDOMINAL ULTRASOUND : _____
- E. ALPHA FETO PROTEIN : _____

KESAN : _____

Tanda tangan Dokter Pemeriksa

Nama dan cap Dokter Pemeriksa

Tanggal (DD/MM/YY)