

FORMULIR APLIKASI M - SECURE

M - Secure Application Form

Nama Pemegang Polis/Pemohon **AKSA** Belakang **MUHAMMAD** Depan **MUHAMMAD** Tengah
 Name of Policyholder/Applicant Last First Middle
 Alamat dan email **AKSA.M@icloud.com** Telepon Rumah **021.5498982**
 Address and email Office / Fax Mobile **0821 8953 2882**

DATA DIRI TERTANGGUNG (INSURED PERSON'S DETAIL)	TERTANGGUNG #1 Insured Person #1	TERTANGGUNG #2 Insured Person #2	TERTANGGUNG #3 Insured Person #3	TERTANGGUNG #4 Insured Person #4
Nama Keluarga (Family Name)	SARAH			
Nama Depan dan Tengah (First dan Middle Name)	SARAH GIBSON			
Tanggal Lahir (Date of Birth)	24 / 8 / 92 (MM/DD/YY)	___ / ___ / ___ (MM/DD/YY)	___ / ___ / ___ (MM/DD/YY)	___ / ___ / ___ (MM/DD/YY)
Jenis Kelamin (Sex)	M/L <input type="checkbox"/> F/P <input checked="" type="checkbox"/>	M/L <input type="checkbox"/> F/P <input type="checkbox"/>	M/L <input type="checkbox"/> F/P <input type="checkbox"/>	M/L <input type="checkbox"/> F/P <input type="checkbox"/>
Hubungan dengan Pemegang Polis (Relationship to Policyholder)	ISTRI			
Pekerjaan (Occupation and Duties)	KARYAWATI			
Merokok (Smoker)	X			
Tinggi (Height)	170 Cm/ ___ Ft ___ In	___ Cm/ ___ Ft ___ In	___ Cm/ ___ Ft ___ In	___ Cm/ ___ Ft ___ In
Berat (Weight)	60 Kg/ ___ Lb	___ Kg/ ___ Lb	___ Kg/ ___ Lb	___ Kg/ ___ Lb
No. KTP atau Paspor (Government I.D or Passport No.)	3145 24 029 20004			
Kewarganegaraan (Country of Citizenship)	INDONESIA			
Negara Tempat Tinggal (Country of Residence)	INDONESIA			

PLAN YANG DIPILIH (PLAN SELECTION)

M - SECURE Pilihan Plan (Plan Options) MAXI CARE Kamar Privat (Private Room) Upgrade ULTRA CARE

MANFAAT TAMBAHAN (ADDITIONAL BENEFITS)

Plan Penglihatan (Vision Plan) Plan Perjalanan (Travel Plan) Plan Gigi (Dental Plan)

KECELAKAAN DIRI (PERSONAL ACCIDENT)

Manfaat Kecelakaan Diri (Personal Accident Benefit) P. A Sum Insured

Nama Penerima Manfaat (Beneficiary Designation) _____

Hubungan Dengan Tertanggung (Relationship To Insured Person) _____

OPSI DISKON (DISCOUNT OPTIONS)

Treatment Area Limit 20% 20% Co-payment

Outpatient Exclusion 20% 5 - 20 Person Group - 10% Discount 21 + Person Group - 20% Discount

OPSI PEMBAYARAN (PAYMENT OPTIONS)

TAHUNAN (ANNUAL) SEMESTERAN (SEMI-ANNUAL) 52% Premi Tahunan (Annual Premium) PREMI (PREMIUM DUE): _____

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

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

YA TIDAK

1. a). Apakah anda saat ini ditanggung oleh polis asuransi kesehatan lain? (Jika "Ya" mohon lampirkan salinan polisnya dan cakupan manfaat)
Are you currently covered by any medical insurance policy? (If "Yes" please provide us with a copy of the policy and benefits schedule)
- b). Pernahkah formulir asuransi kesehatan atau jiwa ditolak, dilakukan kenaikan atau dibatasi? (Jika "Ya" mohon dijelaskan)
Has any medical or life application been declined, rated or restricted? (If "Yes", Please explain)
- c). Pernahkah polis asuransi kesehatan atau jiwa dibatalkan, ditarik kembali, dilakukan kenaikan atau dibatasi? (Jika "Ya" mohon dijelaskan)
Has any medical or life policy been cancelled, withdrawn, rated or restricted? (If "Yes", Please explain)
2. Pada setiap saat sebelum permohonan ini apakah anda pernah mengalami gejala atau terdiagnosa, diperiksa atau diobati untuk hal-hal dibawah ini: (garis bawahi hal yang spesifik dan jelaskan di bagian yang tersedia)
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)
 - a). Gangguan bicara, paralisis, kehilangan pendengaran, cacat fisik, kelemahan, penyakit kongenital, kelainan bentuk atau penyakit genetik atau kondisi kronis?
Speech defect, paralysis, hearing loss, physical defect, infirmity, congenital illness, genetic deformity or disease or chronic condition?
 - b). Asma, kelainan pernafasan atau alergi atau gangguan mata, telinga, hidung atau tenggorokan?
Asthma, respiratory or allergic condition or disorder of the eyes, ears, nose or throat?
 - c). Gangguan mental atau kejiwaan, pingsan, kehilangan kesadaran, perubahan keadaan emosional, kecanduan alkohol/obat-obatan, epilepsi/kejang?
Psychiatric or mental disorder, fainting, blackout, mood change, drug/alcohol addiction, seizure or fit?
 - d). Hipertensi, tekanan darah (tinggi atau rendah), nyeri dada, masalah kolesterol, pusing berputar, gangguan jantung/peredaran darah?
Hypertension, (high or low) blood pressure, chest pain, cholesterol problem, dizziness, heart or circulatory disorder?
 - e). Batu ginjal, penyakit kelamin, atau gangguan kandung kemih, prostat, ginjal atau saluran kelamin-kemih?
Kidney stone, venereal disease, or disorder of the bladder, prostate, kidney, or genito-urinary tract?
 - f). Hepatitis, ulkus, wasir, radang usus besar atau gangguan perut, empedu, hati atau usus?
Hepatitis, ulcer, hemorrhoid, colitis or stomach, gall bladder, liver or bowel disorder?
 - g). Sciatica, nyeri punggung, sakit sendi atau rematik, penyakit arthritis, penyakit atau gangguan otot, sendi atau tulang?
Sciatica, back pain, joint pain or rheumatic, arthritic, muscle, joint or bone disease or disorder?
 - h). Kelainan darah atau gangguan pembuluh darah? (Blood abnormality or blood vessel disorder?)
 - i). HIV, AIDS, Kompleks berkaitan dengan AIDS, atau indikasi mengenai gangguan sistem kekebalan atau darah?
HIV, AIDS, AIDS related complex, or any indication of blood or immune system disorder?
 - j). Kanker, tumor atau kista? (Cancer, tumor or cyst?)
 - k). Gangguan kulit? (Skin Disorder?)
 - l). Diabetes melitus, gangguan kelenjar atau hormon? (Diabetes mellitus, glandular or hormonal disorder?)
 - m). Demam rematik, asam urat, malaria atau hernia yang bersifat apapun juga? (Rheumatic fever, gout, malaria or hernia of any kind?)
 - n). Gangguan kandungan atau penyakit atau komplikasi yang berkaitan dengan kehamilan?
Gynecological disorder or disease or complication associated with pregnancy?
 - o). Penyakit lainnya, gangguan atau cedera? (Any other ailment, impairment, or injury?)
 - p). Apakah anda sedang hamil? (Hanya untuk wanita) (Are you pregnant now? (For female only))
3. Apakah anda saat ini sedang melakukan pemeriksaan kesehatan atau mengkonsumsi obat-obatan atau menerima pengobatan?
Are you currently undergoing any investigations or taking any medications or receiving any from treatment recommended or prescribed? (list with dosage)
4. Apakah anda pernah menjadi pasien rumah sakit, klinik, atau sanatorium?
Have you been a patient in a hospital or sanitarium for surgery, observation or treatment?
5. Apakah anda seorang perokok atau apakah anda pernah menjadi perokok dalam 5 tahun terakhir ini? (Jika ya, sebutkan jumlah rata-rata per hari dan/atau tanggal berhenti merokok)
Do you currently smoke cigarette or have you in the past 5 years? (If yes, please give average quantity per day, and/or the date quitting)

Jika anda menjawab "Ya" atas pertanyaan 1 sampai 5 diatas, berikan rincian lengkap termasuk sejarah medis, diagnosa, sifat/tanggal perawatan dan pengobatan yang diterima, tanggal konsultasi terakhir dan laporan medis yang berkaitan dll. (Jika lembar tidak cukup, mohon menggunakan lembar terpisah).
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).

1 - 6 Batang / hari

PERNYATAAN (DECLARATION) - Saya dalam hal ini sebagai Pemegang Polis dan/atau Peserta (Tertanggung) menyatakan setuju bahwa: (I as the Policyholder and/or Insured agree that):

1. Saya mendaftarkan diri untuk mendapatkan perlindungan asuransi yang dikeluarkan oleh PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance selaku Penanggung.
I apply to obtain insurance coverage issued by PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance as the insurance provider.
2. Sebelum seluruh persyaratan pertanggungan diterima oleh Penanggung sesuai ketentuan Polis Asuransi, Penanggung tidak menjamin adanya pertanggungan.
The insurer will not guarantee any insurance coverage before all requirements are received by the insurer in accordance to the insurance Policy.
3. 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.
If there are changes in the health condition of the Policyholder/Insured prior to an insurable state, the insurer has all right to reassess the application and to cancel the coverage based on the result of the application reassessment.
4. 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. Saya juga memahami bahwa keterangan, pernyataan, dan penjelasan tersebut menjadi dasar pertanggungan dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis yang diminta. Dengan demikian, Saya memberi kuasa kepada PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance atau pihak yang diberi kuasa olehnya untuk:
I have completely and correctly read, understood, and answered the questions on this Health Insurance Application Form, and I've read and truly examined all the information before signing the Health Insurance Application Form. I also understand that statement, information, and explanations are used as the basis of the coverage and become an inseparable component of requested Policy. Therefore, I give the power to PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance or its authorized parties to:
 - a). 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/kami akan tunduk pada ketentuan Polis.
Verify the information I have given to any party and get all the records and information about me and my state/health from my Doctors, Clinics, Hospital, Health Centers, Corporate Insurance, Legal Institution, Government, and other Individuals or Organizations. I will be subjected to the provision of the Policy for any untrue information found.
 - b). 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.
Provide the information collected by PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance to any related parties (including but not limited to reinsurance, claims investigators, banks and industry associations) that have agreements with PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance for the purpose of processing this application and/or any claims payment, and for the other Policy administration purpose.
5. Seluruh salinan dokumen yang diberikan sehubungan dengan penutupan Polis ini adalah sesuai asli dan masih berlaku.
All copy of documents provided for the closing of this Insurance Application are in accordance to the original documents and are still valid.

Tanda Tangan Tertanggung : MUHAMMAD AKSA Tanggal : 24 / Aug / 2015
Signature Insured Person Date (MM/DD/YY)

Nama Tertanggung : _____ Broker : _____
Name of Insured Person (Dalam huruf besar/In block letters)

Tanda Tangan Pemegang Polis : _____ Tanggal : _____ / _____ / _____
Signature of Applicant (If different Insured Person) Date (MM/DD/YY)