



M - SECURE



PACIFIC CROSS
excellence at every contact



**malacca
trust**
insurance



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.

Injury or illnesses never happens by choice, but quality health insurance is an important choice for all of us.

You ALWAYS want the BEST medical care available without the worry for any financial consequences.

+ MANFAAT UNGGULAN

Key Features



Bebas memilih dokter dan rumah sakit.
Free choice of doctors and hospitals.



Jaminan perlindungan di seluruh dunia.
Worldwide coverage.



14 hari periode free look.
14 day free look period.



Bantuan darurat 24 Jam.
24-hour emergency assistance.



Garansi perpanjangan polis.
Guaranteed renewable policy.



Manfaat melahirkan dan **GRATIS** manfaat bayi baru lahir.
*Maternity benefit and **FREE** newborn child coverage.*



Manfaat cek up rutin tahunan, manfaat gigi dan kacamata.
Annual medical check up, dental and vision benefits.

+ EVAKUASI DARURAT

Medical Evacuation

Evakuasi medis darurat serta pemulangan jenazah dari luar negeri.
Medical evacuation and repatriation of mortal remains.

+ OPINI MEDIS KEDUA

Medical second Opinion

Akses untuk mendapatkan tinjauan medis secara independen dari dokter-dokter ahli di bidangnya.
Access to independent medical review from specialists Doctors.

MANFAAT RAWAT INAP (INPATIENT BENEFITS)	MAXI CARE	ULTRA CARE
Manfaat Maksimal Untuk Satu Ketidakmampuan dan Turunannya (Mengganti biaya wajar, biasa, dan umum untuk:) <i>Maximum Benefit For Any One Disability and Sequelae (Covers normal, usual and customary charges for:)</i>	Standard 3,000,000,000 Upgrade 6,000,000,000	8,000,000,000
Kamar dan Akomodasi (Room and Board)	(STANDARD) Semi-Privat di luar negeri Privat di Indonesia <i>Semi-private when abroad and Private in Indonesia</i>	Privat (Private)
Akomodasi Pendamping Tempat tidur tambahan untuk orang tua/pendamping dalam ruangan yang sama untuk menemani anak usia dibawah 18 tahun yang diasuransikan dan Tertanggung yang berusia diatas 65 tahun. Companion Accomodation <i>An extra bed in the same room for a parent/ companion to accompanying an insured child under 18 years old and Insured over 65 years old.</i>		100%
Unit Perawatan Intensif dan Unit Perawatan Koroner (Intensive Care Unit and Coronary Care Unit)		100%
Kamar Bedah/Operasi (Operating Theatre)		100%
Biaya Ahli Bedah: Mencakup konsultasi pra-operasi dan perawatan pasca operasi normal di negara tempat perawatan untuk setiap ketidakmampuan. Surgeon's Fee: <i>Includes pre-surgical consultation and normal post-surgical care in the treatment country for each disability.</i>		100%
Biaya Pembiusan (Anaesthetist's Fee)		100%
Biaya Aneka Perawatan: Untuk test laboratorium diagnostik yang dibutuhkan: Sinar X; Obat- obatan sesuai resep (termasuk resep bawa pulang sampai dengan 7 hari); Biaya Profesional; Darah dan Plasma; dialisa; Sewa Kursi Roda; Pembedahan Rawat Jalan; Peralatan Pembedahan; Peralatan protesis standar Intra-operatif (sebagaimana disetujui oleh Perusahaan) Miscellaneous Inpatient Charges: <i>For required diagnostic laboratory tests, x-rays, prescribed medicines; (including take home medicine up to 7 days) professional fees; blood and plasma; dialysis; wheel chair rentals; outpatient surgery; surgical appliances and devices; and intra-operative standard prosthetic (as approved by Company).</i>		100%
HIV / AIDS: Penjaminan akan berlaku jika HIV dan/atau penyakit yang berhubungan dengan HIV timbul untuk pertama kalinya setelah 5 tahun kepesertaan dalam polis dan pembaharuannya, dengan batasan seumur hidup sampai dengan: HIV / AIDS: <i>Coverage will apply when HIV and/or its related illnesses present for the first time after 5 years continuous coverage under the policy and any renewal thereof, with lifetime limit of:</i>	500,000,000	1,000,000,000

MANFAAT RAWAT INAP (INPATIENT BENEFITS)	MAXI CARE	ULTRA CARE
<p>Transplantasi Organ Tubuh: Biaya untuk operasi transplantasi ginjal, jantung, paru-paru, hati atau sumsum tulang (sampai dengan 50% biaya untuk pendonor, dan sisanya untuk penerima, sesuai pilihan yang ditentukan oleh Tertanggung) sampai dengan: Manfaat ini merupakan manfaat maksimum lump sum per organ dan tidak ada manfaat dalam polis yang akan dibayarkan terkait dengan Transplantasi Organ.</p> <p>Organ Transplant: Fees for kidney, heart, lung, liver or bone marrow transplants (up to 50% for donor and the remaining percentages for recipient, at the option of the Insured Person) to a total of: This benefit is a lump sum maximum per organ and no other policy benefits are payable in respect of Organ Transplant.</p>	650,000,000	1,300,000,000
<p>Biaya Perawat di Rumah: Atas rekomendasi dokter yang merawat (di rumah sampai dengan 30 hari segera setelah rawat inap).</p> <p>Home Nursing: when certified necessary by the attending physician (at home for up to 30 days immediately after hospitalization).</p>		100%
<p>Rehabilitasi: Ketika direkomendasikan oleh dokter yang merawat sampai dengan 45 hari rawat inap, perawatan sehari atau rawat jalan dimulai dalam waktu 14 hari segera setelah rawat inap.</p> <p>Rehabilitation: When certified necessary by the attending physician for up to 45 days of inpatient, day case or outpatient treatment starting within 14 days immediately after hospitalization.</p>		100%
<p>Oncology: Radiotherapy, kemoterapi, targeted therapy, immunotherapy dan hormonal therapy diterima sebagai rawat inap, perawatan sehari atau rawat jalan. Obat oral kemoterapi dijamin sampai dengan maksimum 50 juta rupi per tahun.</p> <p>Oncology: Radiotherapy, chemotherapy, targeted therapy, immunotherapy and hormonal therapy by way of infusion and injection received as inpatient, day case or outpatient treatment subjects to maximum limit of US\$ 5,000 for oral medications.</p>		100%
<p>Renal Dialisis: Hemodialisa yang diterima sebagai rawat inap, perawatan sehari dan rawat jalan.</p> <p>Renal Dialysis: Hemodialysis received as inpatient, day case or outpatient treatment.</p>		100%
<p>Medical Check Up Rutin (Routine Medical Check Up).</p>	N/A	10,000,000
<p>Perawatan Paliatif: Untuk Penyakit-penyakit kronis stadium akhir, batasan seumur hidup sampai dengan:</p> <p>Hospice Care: For terminal illnesses, with lifetime limit of:</p>	25,000,000	
<p>Rawat Inap Karena Gangguan Mental/Jiwa: Batas Seumur Hidup.</p> <p>Inpatient Psychiatric/Mental Disorder: Hospital Charges with Lifetime of.</p>	12,500,000/Tahun (per Year) 50,000,000 (lifetime)	25,000,000/Tahun (per Year) 100,000,000 (lifetime)
<p>Manfaat Kelainan Kongenital: Pengobatan kelainan bawaan yang bermanifestasi setelah periode polis dimulai.</p> <p>Benefits of Congenital Disorders: Treatment for congenital anomalies which manifest after policy period starts.</p>	50,000,000/Tahun (per Year)	

Manfaat Kehamilan (Termasuk Keguguran atau Dilatase dan Kuretase). <i>Maternity Benefit</i> (Include Miscarriage or Dilatation and Curettage).	50,000,000	75,000,000
MANFAAT RAWAT JALAN (OUTPATIENT BENEFITS)	MAXI CARE	ULTRA CARE
Manfaat Rawat Jalan: Biaya dokter umum dan spesialis untuk kunjungan di tempat praktek, ahli fisioterapis, chiropractor dan akupuntur ketika dirujuk oleh dokter yang merawat; dan untuk tes-tes laboratorium diagnostik yang dibutuhkan, sinar x; obat-obatan yang diresepkan; peralatan bedah; perban. <i>Outpatient Benefit:</i> Physician and specialist's fees for office visits; physiotherapist and chiropractor, acupuncturist when referred by the attending physician; and for required diagnostic laboratory tests; x-rays; prescribed medicines; surgical appliances; dressings.		100%
Rawat Jalan Psikiatri: Biaya kunjungan dokter spesialis kejiwaan di tempat praktek serta obat-obatan yang diresepkan termasuk untuk menjamin gangguan psikosomatis sampai dengan per tahun Dikenakan masa tunggu 10 bulan untuk manfaat ini. <i>Outpatient Psychiatry:</i> Fees for office visit to Pshyciatric including to cover psychosomatoform up to per policy year 10 months waiting period applied for this benefit.		15,000,000
Konsultasi Psikologi: Biaya kunjungan ke ahli psikologi berlisensi di tempat praktek dengan manfaat sampai dengan per tahun Dikenakan masa tunggu 10 bulan untuk manfaat ini. <i>Psychology Consultation:</i> Fees for office visit to certified Psychologist up to per policy year.	5,000,000	7,500,000
MANFAAT DARURAT (EMERGENCY BENEFITS)	MAXI CARE	ULTRA CARE
Perawatan Unit Gawat Darurat (Emergency Room Charges)		100%
Perawatan Gigi Darurat: Perawatan darurat dalam waktu 7 hari setelah kecelakaan yang mengakibatkan kehilangan atau kerusakan pada gigi asli yang sehat. <i>Accidental Damage to Teeth:</i> Emergency treatment within seven (7) days of the accident which cause sound natural teeth lost or damaged.		100%
Jasa Darurat Ambulans Lokal (Emergency Local Ambulance Service)		100%
Bantuan Darurat Seluruh Dunia: 24 jam per hari 7 hari seminggu <i>World-wide Emergency Assistance:</i> 24 hours a day and 7 days a week		Termasuk (Included)
Evakuasi Medis Darurat (Emergency Medical Evacuation)		250,000,000

CATATAN / NOTE :

Yang dimaksud dengan "100%" adalah kami mengganti seluruh biaya yang normal, biasa dan umum sesuai dengan tipe kelas kamar yang menjadi haknya atau kondisi lainnya yang wajar.

"100%" herein means full reimbursement of the normal, usual and customary charges in accordance with the eligible room type or other localized circumstances or customs.

MANFAAT TAMBAHAN (ADDITIONAL BENEFITS) Mengganti biaya wajar, biasa, dan umum untuk: <i>Covers normal, usual, and customary charges for:</i>	MAXI CARE	ULTRA CARE
Manfaat Perawatan Gigi: Penggantian 80% klaim sampai dengan batasan tahunan sebesar: Dental Benefits: 80% reimbursement up to an annual limit of:	20,000,000 (Pilihan/Optional)	20,000,000 (Termasuk/Included)
Manfaat Penglihatan: Penggantian 80% untuk pemeriksaan mata dan kacamata berdasarkan resep dokter setiap tahun untuk setiap Tertanggung (hanya berlaku untuk kelompok dengan jumlah peserta 21 atau lebih, dimana 100% peserta mengambil manfaat ini) sampai dengan: Vision Benefit: 80% reimbursement for eye examinations and prescription lenses annually for each Insured Person (this option is only available to groups of 21 or more people with 100% of the group participating) up to:	5,000,000 (Pilihan/Optional)	5,000,000 (Termasuk/Included)
Manfaat Kecelakaan Diri: Mengganti kerugian akibat kematian, kehilangan satu atau kedua tangan atau kaki, kehilangan penglihatan di satu atau kedua mata atau cacat permanen dan total yang disebabkan langsung secara tunggal oleh kecelakaan (batas manfaat anak sebesar IDR 25.000.000,-) Tarif tambahan sebesar 1.5 per 1.000 uang pertanggungan. Personal Accident Benefit: Covers loss of life, loss of one or both hands or feet, loss of vision in one or both eyes, or permanent and total disability caused directly and solely by accident (child benefit limits are IDR 25,000,000,-) Additional rate 1.5 per 1,000 coverage.	50,000,000 to Additional 5,000,000,000 (Pilihan/Optional)	100,000,000 (Termasuk /included) to Additional 5,000,000,000 (Pilihan/Optional)
Opini Medis Kedua (Medical Second Opinion)	Termasuk (Included)	
Manfaat Perjalanan: Mengganti biaya-biaya yang memenuhi syarat di seluruh dunia ketika melakukan perjalanan keluar negara tempat tinggal, untuk perjalanan yang berlangsung sampai dengan 90 hari: Travel Benefit: Covers the following eligible expenses worldwide when travelling outside your country of residences on trips lasting up to 90 days:	5,000,000	
Biaya Pengobatan Darurat: Mencakup penyakit atau cedera termasuk: Emergency Medical Expenses: Covers illness or injury including: Evakuasi Darurat: Maksimum IDR 3.000.000 per hari untuk kamar rumah sakit dan rawat inap yang menjadi dua kali lipat apabila biaya kamar juga termasuk semua jasa profesional. Emergency Evacuation: A maximum of IDR 3,000,000 per day for hospital room and board which is doubled when room fee also includes all professional services. Manfaat "Get You Home": Mengganti biaya tambahan untuk perjalanan dan akomodasi anda sebagai akibat suatu ketidakmampuan secara fisik (disability) yang ditanggung polis agar anda dapat kembali ke rumah (biaya tambahan untuk anggota keluarga atau mitra bisnis sampai dengan IDR 12.500.000). "Get You Home" Benefit: Covers the additional cost of your own travel accommodation necessarily incurred as a result of covered disability to get you home, (additional cost of travel for family member or business associate limited to IDR 12,500,000).	250,000,000	

<p>+ Kehilangan Bagasi dan Dokumen Perjalanan: Mengganti kehilangan dan kerusakan bagasi dan barang-barang pribadi lainnya termasuk komputer laptop; dan kehilangan dokumen perjalanan sampai dengan; <i>Baggage and Travel Document: Covers loss and damage of baggage and personal items including laptop computer; and loss of travel documents up to;</i></p>	5,000,000	
<p>+ Keterlambatan Bagasi: Mengganti pembelian pakaian dan keperluan pribadi jika pengiriman bagasi anda terlambat selama lebih dari 12 jam dari waktu kedatangan anda di tempat tujuan sampai dengan; <i>Baggage Delay: Covers purchase of essential clothing and toiletries if your checked baggage is delayed on arrival at your destination for over 12 hours up to:</i></p>	12,500,000	
<p>+ Uang Pribadi: Mengganti pencurian dan perampokan atas uang tunai, cek bank, dan cek perjalanan, sampai dengan; <i>Personal Money: Covers theft, burglary and robbery of cash, bank notes and travelers checks up to:</i></p>	5,000,000	
<p>+ Tunjangan Tunai Rumah Sakit: Membayar IDR 300.000 per 24 jam selama anda dirawat di rumah sakit sampai dengan; <i>Hospital Cash Income: Pays IDR 300,000 per 24 hours for each day you are hospitalized up to;</i></p>	4,500,000	
<p>+ Pemogokan dan Pembajakan: Mengganti sebesar IDR 250.000 per hari untuk penundaan lebih dari 12 jam sampai dengan; dan <i>Strikes and Hijack: Pays IDR 250,000 per day for over 12 hours delay up to; and</i></p>	25,000,000	
<p>+ Tanggung Jawab Pribadi - (Tidak termasuk pertanggung jawaban atas kendaraan) batas per tahun. <i>Personal Liability: (Excluding vehicle liability) limit per year.</i></p>	4,500,000	
MANFAAT SELURUH DUNIA (WORLDWIDE BENEFITS)	MAXI CARE	ULTRA CARE
Risiko Substandar (Substandard Risks)	Dipertimbangkan sesuai permohonan (Considered)	
<p>Jaminan Pembaharuan Polis: Premi dapat berubah sewaktu-waktu <i>Guaranteed Renewability: Premium subject to changes</i></p>		Seumur hidup (Lifetime)



TENTANG KAMI

About Us

PT Malacca Trust Wuwungan Insurance merupakan salah satu perusahaan asuransi umum tertua di Indonesia yang berdiri sejak tahun 1952. Bekerja sama dengan **Pacific Cross Indonesia**, yang memiliki sekap terjang dan keahlian khusus di bidang asuransi kesehatan internasional, **Malacca Truss Insurance** telah membangun rancangan produk-produk asuransi kesehatan yang secara khusus diperuntukkan untuk pasar Indonesia.

Berpegang teguh pada komitmen untuk menyediakan pelayanan terbaik kepada para nasabahnya, **Malacca Trust Insurance** bersama **Pacific Cross** akan terus berupaya untuk melakukan pengembangan produk, pelayanan, dan jaringan bisnis yang disesuaikan dengan perkembangan industry asuransi kesehatan di Indonesia.

PT Malacca Trust Wuwungan Insurance, founded in 1952, is one of the earliest general insurance companies in Indonesia. In collaboration with Pacific Cross Indonesia, which has broad experience and expertise in the field of international health insurance, Malacca Truss Insurance has built a design of health insurance products specifically for the Indonesian market.

Sticking to the commitment to provide the best service to its customers, Malacca Trust Insurance with Pacific Cross will strive to develop products, services and business networks to adjust the development of the health insurance industry in Indonesia.



PACIFIC CROSS
excellence at every contact



PACIFIC CROSS
excellence at every contact



**malacca
trust**
insurance

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

OPSI DISKON (DISCOUNT OPTIONS)	MAXI CARE	ULTRA CARE
Pengecualian Rawat Jalan *) (Outpatient Exclusion *)	20% Discount	
Opsi 20% Co-Payment (Anda membayar 20% dan kami membayar 80% sesuai biaya yang wajar) 20% Co-Payment Option (You pay 20% and we pay 80% of eligible expenses)	20% Discount	
Batas Wilayah Pengobatan (Mengecualikan perawatan di Amerika Utara, Jepang dan Hongkong)** Treatment Area Limit (Excludes treatment in North America, Japan dan Hong Kong)	20% Discount	

*) Tidak berlaku untuk manfaat tambahan (Not applicable to Additional Benefits).

**) Opsi Batas Wilayah Pengobatan hanya berlaku untuk peserta yang bertempat tinggal di Indonesia, Korea, Filipina, Malaysia, Taiwan, Thailand and Vietnam. Untuk negara yang tidak terdaftar akan diberikan pertimbangan tersendiri. (Treatment Area Limit option is only available to residence of Indonesia, Korea, Philippines, Malaysia, Taiwan, Thailand and Vietnam. Countries not listed will be given individual consideration).

DISKON TANPA KLAIM (NO CLAIM DISCOUNT)

Diskon tanpa klaim - sebuah diskon yang diberikan kepada Tertanggung yang tidak mendapatkan diskon grup dan telah diasuransikan dalam periode tidak kurang dari 12 bulan. Ketika polis seorang tertanggung tetap bebas klaim pada saat perpanjangan, diskon tanpa klaim akan diterapkan.

No Claim Discount - A No Claim Discount will be offered to Insured Person who are not entitled to Group Discount and have been insured for a period of not less than 12 months. While an Insured Person's plan remains claim-free at each renewal, the following No Claim Discount will be applied.

Tahun / Year 0	Tahun / Year 1	Tahun / Year 2	Tahun / Year 3
Tidak ada Diskon (No Discount)	10% Diskon (Discount)	15% Diskon (Discount)	20% Diskon (maksimal) (Discount (maximum))

Jika sebuah klaim dibuat oleh seorang tertanggung selama tahun polis, semua diskon bebas klaim yang diterima akan hilang dan status diskon akan dimulai kembali seperti pada tahun 0 seperti yang dijelaskan diatas. Diskon tanpa klaim diterapkan hanya untuk premi pada manfaat dasar. Klaim untuk rencana manfaat tambahan tidak akan berdampak pada diskon tanpa klaim.

If a claim is made by an Insured Person during a policy year, any No Claim Discount achieved will be lost and the status of the discount will be as at Year 0 shown above. The No Claim Discount applies only to the premium in respect of the basic benefit. Claims against any Optional Benefit Plans will not affect the No Claim Discount.

CATATAN (NOTES)

- Berlaku 15% penambahan beban wilayah geografis untuk penduduk negara Uni Eropa dan Swiss
- Berlaku 20% penambahan beban wilayah geografis untuk penduduk Hong Kong
- Penambahan beban wilayah geografis untuk penduduk Amerika Utara diberikan berdasarkan permintaan
- Premi belum termasuk biaya materai
- Premi untuk usia di atas 65 diberikan berdasarkan permintaan
- Diskon Grup: 5 - 20 orang : 10% dan 21 atau lebih orang : 20%
- Usia masuk maksimal 65 tahun

- 15% geographical loading applies to residents in E.U. Countries and Switzerland
- 20% geographical loading applies to residents in Hong Kong
- Geographical loading for North American residents is available upon request
- The above premiums exclude stamp duty
- Medical premiums for age 65 and above are available upon request
- Group Discount: 5-20 persons: 10% and 21 or more persons: 20%
- Maximum entry age 65 years old

Brosur ini bukan merupakan perjanjian asuransi. Syarat, ketentuan, pengecualian serta rincian manfaat yang lengkap ditetapkan di dalam Ketentuan Polis Asuransi itu sendiri.
This brochure is not contract. For exact wording and complete details of cover, terms, conditions, and exclusions of the Policy, please refer to the Policy it self.



FORMULIR APLIKASI M - SECURE

M - Secure Application Form

Nama Pemegang Polis/Pemohon _____ Belakang _____ Depan _____ Tengah _____
Name of Policyholder/Applicant Last First Middle

Alamat dan email _____ Telepon Rumah _____
Address and email Office / Fax _____
Mobile _____

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)				
Nama Depan dan Tengah (First dan Middle Name)				
Tanggal Lahir (Date of Birth)	___/___/___ / (MM/DD/YY)	___/___/___ / (MM/DD/YY)	___/___/___ / (MM/DD/YY)	___/___/___ / (MM/DD/YY)
Jenis Kelamin (Sex)	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"/>	M/L <input type="checkbox"/> F/P <input type="checkbox"/>
Hubungan dengan Pemegang Polis (Relationship to Policyholder)				
Pekerjaan (Occupation and Duties)				
Merokok (Smoker)				
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)				

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)



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 artritis, 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).

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. Penanggung seluruh persyaratan pertanggungan diterima oleh Penanggung sesuai ketentuan Polis Asuransi, Penanggung tidak menjamin adanya pertanggungan.
The insurer will not guarantee any insurance coverage before the 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:
 - 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/or 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 : _____
Signature Insured Person

Tanggal : _____ / _____ / _____
Date (MM/DD/YY)

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

Broker : _____

Tanda Tangan Pemegang Polis : _____
Signature of Applicant (If different Insured Person)

Tanggal : _____ / _____ / _____
Date (MM/DD/YY)



INFORMASI UMUM

General Information

Bebas Premi untuk Bayi Baru Lahir: Bayi seorang Tertanggung berhak memperoleh manfaat perlindungan asuransi yang sama dengan Tertanggung 15 hari setelah tanggal kelahiran atau tanggal keluar rumah sakit atau klinik bersalin (mana yang belakangan terjadi), hingga masa pembaruan polis tahun berikutnya secara GRATIS dengan mengajukan permohonan ke Perusahaan.

Kehamilan: Manfaat berlaku setelah melewati masa tunggu 12 bulan. Untuk keguguran dan dilatasi dan kuretase berlaku masa tunggu 90 hari.

Domisili Indonesia: Premi yang tercantum hanya berlaku untuk penduduk Indonesia, kecuali ditentukan lain oleh Perusahaan. Jika anda pindah dari Indonesia, anda wajib memberitahu Perusahaan untuk mendapatkan pertimbangan kembali atas polis.

Kelas Pekerjaan: Pertanggungan Kecelakaan Diri diberikan berdasarkan kelas bahaya risiko terkait dengan pekerjaan dan tugas calon tertanggung. Kelas 1: bahaya sangat ringan; Kelas 2: bahaya ringan; Kelas 3: tenaga kerja manual yang tidak berbahaya; dan Kelas 4: pekerjaan yang berbahaya. Untuk calon Tertanggung kategori Kelas 3, cakupan diberikan berdasarkan permintaan, dan untuk Kelas 4 cakupan tidak dapat diberikan.

Kondisi yang sudah ada sebelumnya: Setiap kondisi medis yang menunjukkan tanda atau gejala yang menyebabkan seseorang secara wajar untuk memperoleh diagnosis, perawatan dan pengobatan, atau untuk diagnosa yang mana perawatan atau pengobatan sebelum tanggal efektif polis. Kondisi Gigi yang sudah ada sebelumnya merupakan kondisi yang memerlukan perawatan dan pengobatan sejak pemeriksaan gigi pertama setelah tanggal efektif polis.

Premi: Berdasarkan usia Tertanggung pada tanggal efektif polis: tabel tarif yang berlaku pada tanggal jatuh tempo pembayaran; tempat tinggal, status keluarga, cara bayar dan faktor-faktor lainnya yang mempengaruhi biaya asuransi. Premi dapat berubah dengan mempertimbangkan riwayat klaim dan kriteria-kriteria lain yang ditentukan oleh Perusahaan. Pembaharuan polis dilakukan secara otomatis saat pembayaran Premi Pembaharuan dengan ketentuan bahwa Tertanggung tetap bertempat tinggal di Indonesia (atau lokasi lain sebagaimana disetujui).

Batas Wilayah Pengobatan: Anda dapat membatasi wilayah pengobatan dengan tidak mengikutsertakan beberapa negara tertentu. Dengan melakukan hal tersebut, Anda berhak mendapatkan diskon premi. Batas Area Pengobatan tidak berlaku untuk biaya rawat inap yang dikeluarkan untuk perawatan darurat akibat cedera atau penyakit akut yang terjadi sepenuhnya setelah Tertanggung melakukan perjalanan sampai dengan 30 hari perjalanan ke negara-negara yang termasuk dalam Batas Area Pengobatan dalam satu tahun polis.

Masa Tunggu: Untuk penggantian atas klaim akibat suatu penyakit berlaku masa tunggu 30 hari setelah tanggal efektif polis. Masa tunggu diabaikan untuk cedera yang diakibatkan karena kecelakaan.

Penggantian: Manfaat rawat jalan, manfaat medis darurat dan manfaat program tambahan akan dibayarkan dengan sistem penggantian (Anda membayar terlebih dahulu dan kami gantikan kemudian).

Manfaat Penglihatan: Manfaat penglihatan pada program Maxi Care hanya berlaku untuk kelompok dengan jumlah peserta 21 orang atau lebih, dimana 100% peserta mengambil manfaat ini.

Manfaat Perawatan Gigi: Laporan lengkap Pemeriksaan Gigi dari dokter gigi yang bersangkutan harus diserahkan bersama dengan aplikasi jika opsi manfaat gigi diambil oleh Pemohon.

Jaminan Perpanjangan Polis: Perusahaan menjamin bahwa polis ini dapat diperpanjang setiap akhir periode asuransi dengan pembayaran premi asuransi pada waktu ulang tahun polis. Premi dapat direvisi berdasarkan pengalaman klaim dan kriteria lainnya, yang ditentukan oleh Perusahaan.

Koordinasi Manfaat: Gabungan manfaat tidak boleh melebihi batas masing-masing per ketidak-mampuan atau batas seumur hidup. Anggota yang memenuhi syarat: Semua Karyawan Pemegang polis untuk polis kumpulan atau seluruh anggota keluarga langsung pemegang polis untuk polis individu dimana pemegang polis merupakan seorang dewasa secara hukum dan kompetensi.

Anggota yang memenuhi syarat: Semua Karyawan Pemegang polis untuk polis kumpulan atau seluruh anggota keluarga langsung pemegang polis untuk polis individu dimana pemegang polis merupakan seorang dewasa secara hukum dan kompetensi.

Pengecualian: (dirangkum dari polis) Program Asuransi Kesehatan tidak menjamin perawatan, pengobatan, jasa atau alat-alat untuk

- Kondisi yang sudah ada sebelumnya yang tidak diberitahukan kepada dan tidak disetujui oleh Perusahaan;
- Pada saat Tertanggung menerima ganti rugi dari pihak ketiga atau dari Manfaat yang sama dari pertanggungan lain;
- Alat kontrasepsi; pengobatan impotensi atau ketidaksuburan (termasuk inseminasi buatan, pembuahan in-vitro (bayi tabung) transfer embrio);
- Jumlah-jumlah yang melebihi biaya normal, umum dan wajar untuk wilayah geografis dimana peristiwa tersebut terjadi;
- Pengobatan yang tidak diperlukan secara medis, bersifat preventif, bertujuan untuk penurunan dan penambahan berat badan, yang berhubungan dengan kecantikan, dan pengobatan yang dilakukan oleh orang yang tidak memiliki kualifikasi dalam ilmu kedokteran barat;
- Obat-obatan dan vitamin yang tidak berhubungan dengan diagnosa dan tidak diresepkan oleh dokter, termasuk suplemen makanan dan atau sejenisnya;
- Perawatan Kustodial atau perawatan pemeliharaan yang dianggap tidak perlu oleh Perusahaan, konseling dan pemeriksaan medis rutin (termasuk gigi, penglihatan, dan pendengaran);
- Kondisi sebagai akibat dari peperangan atau setiap tindakan perang, kerusuhan, perang saudara, atau terlibat dalam tindakan kriminal;
- Liga yang terorganisir atau olah raga profesional kecuali dinyatakan kepada dan diterima oleh Perusahaan;
- Sengaja melukai diri sendiri, bunuh diri, penyalahgunaan alkohol atau obat-obatan, kecanduan obat-obatan, atau penyakit kelamin;
- Kosmetik atau bedah rekonstruktif elektif;
- AIDS, Kompleks yang berkaitan dengan AIDS, atau Human Immunodeficiency Virus (HIV) dan penyakit yang berkaitan;
- Jasa yang diberikan di luar resiko yang ditanggung;
- Biaya untuk memperoleh dokumentasi medis;
- Penyakit-penyakit khusus yang timbul dalam 12 bulan pertama di tahun pertama periode pertanggungan; dan
- Berpartisipasi dalam salah satu kegiatan berbahaya di bawah 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 mendaki diatas 5.000 meter.

14 Hari Free Look: Anda dapat mengembalikan polis dalam 14 hari sejak polis anda terima untuk mendapatkan pengembalian premi secara penuh.



INFORMASI UMUM

General Information

FREE New Born Child Coverage: A child of an Insured is eligible for the same basic medical plan as the Insured 15 days after the later of the date of birth or the date of discharge from hospital (whichever occurs later) until next policy renewal for FREE by submitting application to the Company.

Maternity: Expenses are covered where applicable after 12 months waiting period. Miscarriage and "D+C" are covered after 90 days.

Indonesia Residence: The premiums quoted unless specified to the contrary are for residents of Indonesia. If you move from Indonesia, you must advise the Company for its consideration.

Occupational Class: Personal accident cover is based on the hazard class associated with an occupation or avocation. Class 1: very light hazards (professionals/administrator); Class 2: light hazards; Class 3: non-hazardous manual labour and Class 4: hazardous occupations, Class 3's are quoted on request and Class 4's have no cover.

Pre-existing Condition: Any medical condition which present signs or symptoms that would cause a reasonable person to seek diagnosis, care or treatment before the policy effective date. Dental pre-existing conditions are those requiring treatment as of the first dental-exam after the policy effective date.

Premium: Are based on the insured's age on the first day of the policy year: the rate table in effect on the premium due date; residence, family status, payment mode and other factors which effect the cost of insurance. Premiums revised based on claims experience or other criteria which the company at its sole direction, may determine. Policy renew automatically upon payment of renewal premium, provided that the Insured remains a resident of Indonesia (or other agreed location).

Treatment Area Limit: You may wish to restrict your coverage to exclude certain countries. To the extent you do this, you may be entitled to discount. Treatment Area Limit does not apply to inpatient expenses incurred for emergency treatment of injury or acute illness which occurs wholly after the start of travel for up to 30 days of travel to the effected areas in any one policy year.

Waiting Period: Benefits are not paid for sickness during the first 30 days of coverage. Benefits for injuries due to covered accidents occurring wholly after the effective date are covered immediately.

Reimbursement: Outpatient benefit, Emergency medical and additional benefit plan will be paid on reimbursement basis.

Vision Benefit: Vision benefit option in Maxi Care is only available to groups of 21 or more people with 100% of the group participating.

Dental Benefit: A complete Dental Examination Report of the relevant dentist must be submitted along with the application if dental benefit option taken by the applicant.

Guaranteed Renewability: The Company guarantees that this policy may be renewed at the end of each period of insurance by the payment of the premiums payable under this policy on the renewal date. Premiums may be revised based on claims experience and other criteria by Company decision.

Coordination of Benefits: Benefits when combined cannot exceed the respective limit per disability or limit per lifetime.

Eligible Person: Shall included all specified employees of the policyholder or all immediate family members of the policyholder if the policyholder is at legal age and competence.

Eligible Person: Shall included all specified employees of the policyholder or all immediate family members of the policyholder if the policyholder is at legal age and competence.

Exclusion: (extracted from policy) Medical plans do not cover care, treatment, service or supplies for claims arising out of

- Pre-existing conditions not declared to and accepted by the Company;
- Which the Insured is entitled to indemnity from a third party or other benefit plan;
- Contraceptives devices; treatment for impotence or infertility (including artificial insemination, in-vitro fertilization, embryo transfer);
- Amount in excess of normal, usual and customary charge for the geographical area where incurred;
- Unnecessary medical treatment, preventive care, weight loss and weight gain treatment, treatment related to cosmetic and treatment given by someone with no qualification in western medical science;
- Medicines and vitamins that are not related to medical diagnosis and not prescribed by a doctor, including food supplement and/or other similar product;
- Custodial or maintenance care as determined unnecessary by the Company, counseling and routine medical check up (including dental, vision and hearing);
- Condition due to war or any act thereof, riot, civil commotion or participating in any criminal act;
- Organized league or professional sport unless declared to and accepted by the Company;
- Self-inflicted injury, suicide, abuse of alcohol or drugs, drug addiction or sexually transmitted disease;
- Cosmetic or elective reconstructive surgery;
- AIDS, AIDS Related Complex, or Human Immunodeficiency Virus (HIV) and related illness;
- Services rendered outside the area of cover;
- Charges for obtaining medical documentation;
- Special diseases arising in the first 12 months in the first year of the coverage period; and
- Participating in any of the following hazardous avocations or avocations of similar risk; racing of any kind except foot racing, motorcycling (except for daily transportation on paved road), skydiving, hang gliding, flying (other than as a fare paying passenger on a duly licensed commercial aircraft), cave or climbing with ropes or other equipment, bungee jumping, non-sport diving, SCUBA diving not under the supervision of a NAVI or PADI approved dive master or instructor or to depth greater than 30 meters, or hiking above 5,000 meters.

14 Days Free Look: You may return your policy within fourteen days after receipt for a full refund if you are unsatisfied for any reason.

FOR APPLICANT OVER AGE 64 ONLY

To be submitted directly to:

**Pacific Cross Insurance Company Limited
c/o 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

Note: Please complete in full and submit this form to Pacific Cross.

Non - Pacific Cross Pre - Approved Doctors will need to submit board certifications and license information along with this report.

The fee shall be refunded to the Applicant if the application is approved by the Company but the maximum amount shall not exceed IDR 2 Million

PART I (TO BE FILLED OUT BY THE APPLICANT)

Name : Last : _____ First : _____ Middle : _____
 Address : _____
 Telephone : _____ Fax : _____ E-mail : _____
 Date of Birth (MM/DD/YY) : _____ Age : _____ Sex : _____
 Country of Citizenship : _____ Country of Residence : _____
 Father's Name : _____ Mother's Name : _____
 If Deceased, Caused of Death : _____ If Deceased, Caused of Death : _____
 No. of Siblings : _____ If Any Sibling Is Deceased, Caused of Death : _____
 Medical Coverage : Yes No

This note gives the physician permission to report any medical information requested to Pacific Cross Insurance Co. Ltd. or its administrators.

Signature of Applicant

Date (MM/DD/YY)

PART II (TO BE FILLED OUT BY THE PHYSICIAN)

II - A MEDICAL QUESTIONNAIRE (Mark "Yes" or "No" and circle the specific item)

	Yes	No		Yes	No
1. Weight loss / weight gain for the past 6 months	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Frequent/painful urination, change in caliber of urine /hematuria, passage of stone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Unexplained headache/dizziness, seizure, localized weakness or numbness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Abnormal vaginal discharge or bleeding, painful/ abnormal menstruation, breast pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Blurring of vision, recurrent rhinitis, sorethroat, ear discharge or decreased hearing sensation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Joint pain, non healing wound, change in color of extremities, claudication, cramps edema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Painful swallowing, recurrent abdominal pain, change in bowel habit and caliber of stool, hematemesis, hematochezia or melena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Ecchymoses, petechia, easy bruisability, gum or nose bleeding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Chest pain, choking sensation, shortness of breath, easy fatigability, orthopnea or paroxysmal nocturnal dyspnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Allergies, history of angioneurotic edema or any anaphylactic reaction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Details: _____

ADDITIONAL INFORMATION

SOCIAL HISTORY

	Yes	No	
SMOKING	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Details : _____
ALCOHOL INTAKE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Details : _____
ANY FORM OF EXERCISE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Details : _____

