

For company use – intermediary details and stamp | Untuk penggunaan perusahaan – rincian perantara dan stempel

Intermediary company: Perusahaan perantara:	Fax number: Nomor Fax:
Contact/Adviser name: Nama Kontak/Penasehat:	Email address: Alamat email:
Telephone number: Nomor telepon:	Official stamp: Stempel resmi:

If **You** are applying for one of **Our Plans** with **Benefits** similar to those of **Your** current policy, **We** may be able to offer **You** a continuous transfer, which means that **We** will not ask for full details about **Your** medical history and cover can continue. For any new **Benefits** the waiting period will apply. Any **Benefits** covered under **Your** previous policy but not covered under **Our Plan** will not be **Eligible** for cover following the transfer. Any endorsements that applied to **Your** existing policy will continue to apply to **Your** new **Plan**.

Please complete this form in BLOCK CAPITALS. **You** should attach a copy of **Your** existing certificate of insurance, detailing any endorsements and the **Start Date** of the existing policy.

A deliberate or reckless misrepresentation by **You** may lead to **Us** voiding **Your Plan** with loss of premium. Where **You** make a careless misrepresentation **We** may void **Your Plan** or decline or reduce related claim payments. A misrepresentation is an untrue statement of fact relied on by one party, in this case **Us**, in establishing the terms of a contract (**Your Plan**). **You** should ensure that **You** complete **Your** application carefully, accurately and fairly. If **You** are unsure on any matter **You** should contact **Us**.

We advise **You** to keep a record of all information **You** supply to **Us** in connection with this application.

If, after completing **Your** application form and before the latest of either **Our** written acceptance, payment of premium or **Your Start Date**, anything occurs which affects the information **You** provided in this form, such as a change in **Your** state of health or the state of health of any of **Your Dependents** or employees, **You** must tell **Us** in writing about the change.

We reserve the right to decline or accept **Your** application or to accept **Your** application form with special terms.

If **You** have used an authorised insurance broker **You** understand, acknowledge and agree that by buying this **Plan**, **We** will pay the authorised insurance broker commission during the life of the **Plan** including renewals. **You** also understand that this agreement is necessary for **Us** to proceed with **Your** application.

Please send **Your** completed application form along with a copy of **Your** government issued identity document to **Us** via **Your** intermediary, or direct to PT Sampo Insurance Indonesia. **You** can also scan and email it to IndonesiaService@now-health.com or fax it to +62 21 515 7639.

Jika **Anda** ingin mengajukan permohonan untuk salah satu **Program Kami** dengan manfaat yang sama dengan manfaat dari polis **Anda** saat ini, **Kami** dapat menawarkan perpindahan berkelanjutan, yang berarti **Kami** tidak akan meminta rincian riwayat medis **Anda** dan pertanggung jawaban dapat berlangsung terus-menerus. Masa tunggu akan berlaku untuk setiap **Manfaat** baru. Setiap **Manfaat** yang ditanggung dalam polis **Anda** sebelumnya tapi tidak ditanggung berdasarkan **Program Kami** tidak akan **Memenuhi Syarat** untuk mendapatkan pertanggung jawaban setelah perpindahan tersebut. Adendum yang berlaku pada polis **Anda** yang sudah ada akan tetap berlaku pada **Program** baru **Anda**.

Silahkan isi formulir ini menggunakan HURUF BESAR. **Anda** harus melampirkan salinan ikhtisar polis dan sertifikat asuransi **Anda** yang sudah ada, yang menjelaskan addendum dan **Tanggal Mulai** dari polis yang ada.

Pernyataan yang tidak sesuai yang disengaja atau ceroboh oleh **Anda** dapat menyebabkan **Kami** membatalkan **Polis Anda** dengan kehilangan premi. Di mana **Anda** membuat pernyataan keliru yang ceroboh, **Kami** dapat membatalkan **Polis Anda** atau menolak atau mengurangi pembayaran klaim terkait. Sebuah pernyataan keliru adalah pernyataan fakta yang tidak benar yang diandalkan oleh satu pihak, dalam hal ini **Kami**, dalam menetapkan persyaratan kontrak (**Polis Anda**). **Anda** harus memastikan bahwa **Anda** melengkapi aplikasi **Anda** dengan hati-hati, akurat dan adil. Jika **Anda** tidak yakin dengan masalah apapun **Anda** harus menghubungi **Kami**.

Silahkan catat semua informasi yang **Anda** berikan pada **Kami** sehubungan dengan permohonan ini.

Jika, setelah mengisi Formulir permohonan **Anda** dan sebelum persetujuan tertulis **Kami**, pembayaran premi atau **Tanggal Mulai**, sesuatu terjadi yang mempengaruhi informasi yang **Anda** berikan dalam formulir ini, seperti perubahan kondisi kesehatan **Tanggung jawab Anda** atau karyawan **Anda**, **Anda** harus memberitahu **Kami** secara tertulis tentang perubahan tersebut.

Kami berhak untuk menolak atau menerima permohonan **Anda** atau menerima Formulir permohonan **Anda** dengan persyaratan Khusus.

Jika **Anda** menggunakan broker resmi asuransi, **Anda** memahami, menyatakan dan menyetujui bahwa dengan membeli **Polis** ini, **Kami** akan membayar komisi broker resmi asuransi selama masa **Polis** termasuk perpanjangannya. **Anda** juga memahami bahwa **Kami** memerlukan perjanjian ini untuk memproses permohonan **Anda**.

Mohon kirimkan formulir permohonan yang telah diisi beserta salinan kartu identitas **Anda** yang diterbitkan oleh pemerintah kepada kami melalui Pihak Perantara, atau langsung ke PT Sampo Insurance Indonesia. **Anda** juga dapat mengirimkan pindai dan surel ke IndonesiaService@now-health.com atau faks ke +62 21 515 7639.

Section 1: Previous Medical Insurance | Bagian 1: Asuransi Medis Sebelumnya

Policy no.: No polis.:	Date cover expires/expired (dd/mm/yyyy): Tgl pertanggung jawaban berakhir (tgl/bln/thn):	/	/
Name of Insurer: Nama Pananggung:			
Do You intend to continue with the existing insurance? Apakah Anda berniat untuk melanjutkan dengan asuransi yang sudah ada?			Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak <input type="checkbox"/>

Section 2: Individuals and families | *Bagian 2: Perorangan dan keluarga*

2.1 Name of Planholder | *Nama Pemegang Polis*

First name(s):
Nama Depan:

Family name:
Nama Keluarga:

What do **You** like to be called?
*Nama Panggilan **Anda**?*

(If **Your** full name is John Andrew Smith, **You** might like to be called John or Mr Smith or Andy. **We** will address all correspondence to **You** in this way.)
*(Jika nama lengkap **Anda** adalah John Andrew Smith, **Anda** mungkin ingin dipanggil John atau Mr Smith atau Andy. **Kami** akan membalas semua surat untuk **Anda** dengan cara ini)*

2.2 Planholder details | *Rincian Pemegang Polis*

Address:
Alamat:

Email address:
Alamat email:

Preferred telephone number (including country code):
Nomor telepon utama (termasuk kode negara):

Is this **Your**
Keterangan

Mobile
HP

Home
Rumah

Work
Trmpt Kerja

If **You** would like SMS notifications, please tell us **Your** mobile number:
*Jika **Anda** menginginkan pemberitahuan lewat SMS, sebutkan nomor HP **Anda**:*

Gender:
Jenis Kelamin:

Male
Laki-laki

Female
Perempuan

Date of birth (dd/mm/yyyy):
Tanggal lahir (tgl/bln/thn):

/

/

Country of Residence:
Negara tempat tinggal:

Nationality:
Kewarganegaraan:

Height:
Tinggi (cm/ft):

Weight:
Berat badan (kg/lbs):

Occupation:
Pekerjaan:

Occupation industry:
Bidang Pekerjaan:

Are **You** or any intended member of this policy, or any family member or close associate a politically exposed person?
(If yes please provide further details)

*Apakah **Anda** atau anggota yang dituju sehubungan dengan polis ini, atau anggota keluarga atau pihak terasosiasi, orang yang dieksploitasi secara politik? (apabila Ya mohon berikan rincian lebih lanjut)*

Yes | Ya No | Tidak

2.3 Spouse and Dependant details | *Rincian tanggungan dan pasangan*

Spouse details | *Rincian pasangan*

First name(s):
Nama Depan:

Family name:
Nama Keluarga:

What does he/she like to be called?
Apa nama panggilannya?

Gender:
Jenis Kelamin:

Male
Laki-laki

Female
Perempuan

Date of birth (dd/mm/yyyy):
Tanggal lahir (tgl/bln/thn):

/

/

Country of Residence:
Negara tempat tinggal:

Nationality:
Kewarganegaraan:

Height:
Tinggi (cm/ft):

Weight:
Berat badan (kg/lbs):

Occupation:
Pekerjaan:

Occupation industry:
Bidang Pekerjaan:



Dependant details <i>Rincian Tanggungan</i>	Dependant <i>Tanggungan 1</i>	Dependant <i>Tanggungan 2</i>	Dependant <i>Tanggungan 3</i>	Dependant <i>Tanggungan 4</i>
First name(s): <i>Nama depan:</i>				
Family name: <i>Nama keluarga:</i>				
What does he/she like to be called? <i>Apa nama panggilannya?</i>				
Gender: <i>Jenis kelamin:</i>	Male <i>Laki-laki</i> <input type="checkbox"/> Female <i>Perempuan</i> <input type="checkbox"/>	Male <i>Laki-laki</i> <input type="checkbox"/> Female <i>Perempuan</i> <input type="checkbox"/>	Male <i>Laki-laki</i> <input type="checkbox"/> Female <i>Perempuan</i> <input type="checkbox"/>	Male <i>Laki-laki</i> <input type="checkbox"/> Female <i>Perempuan</i> <input type="checkbox"/>
Date of birth (dd/mm/yyyy): <i>Tanggal lahir (tgl/bln/thn):</i>	/ /	/ /	/ /	/ /
Country of Residence: <i>Negara tempat tinggal:</i>				
Nationality: <i>Kewarganegaraan:</i>				
Height: <i>Tinggi (cm/ft):</i>				
Weight: <i>Berat badan (kg/lbs):</i>				
Relationship to Planholder: <i>Hubungan dengan Pemegang Polis:</i>				
Occupation (ages 16+): <i>Pekerjaan (usia 16+):</i>				

2.4 Health declaration | *Pernyataan kesehatan*

If **You** have more than five **Dependants**, please use a separate sheet of paper and attach it to this application.

You do not need to disclose matters related to common colds, **Vaccinations** or hayfever.

Jika Anda memiliki lebih dari lima Tanggungan, silahkan gunakan lembar kertas terpisah dan lampirkan ke permohonan ini.

Anda tidak perlu mengungkapkan hal yang berkaitan dengan batuk pilek, **Vaksinasi** atau demam.

	Planholder <i>Pemegang polis</i>	Dependant (Spouse) <i>Tanggungan (Pasangan)</i>	Dependant <i>Tanggungan 1</i>	Dependant <i>Tanggungan 2</i>	Dependant <i>Tanggungan 3</i>	Dependant <i>Tanggungan 4</i>
2.4.1 Have You in the last five years ever undergone any Surgical Procedure , been a patient or been treated in a Hospital , clinic, sanatorium, nursing home or other medical institution where You were off work for more than one week, and/or received more than 10 days Treatment ? <i>Apakah Anda dalam lima tahun terakhir pernah mengalami Operasi, menjadi pasien atau pernah dirawat di Rumah Sakit, klinik, sanatorium, panti jompo atau institusi medis lain sehingga Anda tidak bekerja selama lebih dari satu minggu, dan/atau menerima Perawatan lebih dari 10 hari ?</i>	Yes No <i>Ya Tdk</i> <input type="checkbox"/>	Yes No <i>Ya Tdk</i> <input type="checkbox"/>	Yes No <i>Ya Tdk</i> <input type="checkbox"/>	Yes No <i>Ya Tdk</i> <input type="checkbox"/>	Yes No <i>Ya Tdk</i> <input type="checkbox"/>	Yes No <i>Ya Tdk</i> <input type="checkbox"/>
2.4.2 Have You ever been diagnosed with, hospitalised for, received Treatment , tests or investigations for any type of disease, physical impairment, congenital or had signs or symptoms of or hereditary disorder, disability, recurrent illness, currently pregnant, major injury or Medical Condition ? <i>Apakah Anda pernah didiagnosa, menderita, dirawat di rumah sakit, Menerima Pengobatan, tes atau investigasi untuk semua jenis Penyakit, gangguan fisik, bawaan atau memiliki tanda atau Gejala atau kelainan bawaan, kecacatan, penyakit kambuhan, Sedang hamil, luka berat atau Kondisi Medis?</i>	Yes No <i>Ya Tdk</i> <input type="checkbox"/>	Yes No <i>Ya Tdk</i> <input type="checkbox"/>	Yes No <i>Ya Tdk</i> <input type="checkbox"/>	Yes No <i>Ya Tdk</i> <input type="checkbox"/>	Yes No <i>Ya Tdk</i> <input type="checkbox"/>	Yes No <i>Ya Tdk</i> <input type="checkbox"/>
2.4.3 Are You currently taking any kind of medication (other than oral contraceptives), or is any Treatment or tests currently being performed or planned, or any day or In-Patient hospitalisation scheduled? <i>Apakah Anda saat ini mengkonsumsi jenis obat tertentu (selain pil KB), atau apakah Perawatan atau tes saat ini sedang dilakukan atau direncanakan untuk dilakukan, atau Rawat Inap Atau Rawat Sehari yang terjadwal di Rumah sakit?</i>	Yes No <i>Ya Tdk</i> <input type="checkbox"/>	Yes No <i>Ya Tdk</i> <input type="checkbox"/>	Yes No <i>Ya Tdk</i> <input type="checkbox"/>	Yes No <i>Ya Tdk</i> <input type="checkbox"/>	Yes No <i>Ya Tdk</i> <input type="checkbox"/>	Yes No <i>Ya Tdk</i> <input type="checkbox"/>



Additional information | Informasi Tambahan

If **You** answered 'Yes' to any of questions 2.4.1 to 2.4.3, please provide details in the box below.

Please provide as much detail as possible, including the date and nature of diagnosis, frequency and severity of symptoms, date of last episode as well as details of any past, current or known future **Treatment**.

Jika **Tanggungjawab Anda** menjawab 'Ya' untuk pertanyaan 2.4.1 hingga 2.4.3, silahkan berikan rincian dalam kolom di bawah.

Silahkan berikan keterangan serinci mungkin, termasuk tanggal dan sifat diagnosa, frekuensi dan keparahan gejala, tanggal kejadian terakhir serta rincian dari semua **Perawatan** sebelumnya, saat ini atau nanti yang diketahui.

<p>Member name <i>Nama Peserta</i></p>				
<p>Diagnosis (If none made please describe the exact nature of symptoms suffered) <i>Diagnosa</i> (bila tidak ada, tolong jelaskan ciri khas gejala yang diderita)</p>				
<p>Date of consultation <i>Tanggal konsultasi</i></p>				
<p>Treatment/ Medication received <i>Perawatan yang diterima</i></p>				
<p>Date of last treatment/ symptoms <i>Tanggal terakhir perawatan/gejala</i></p>				
<p>Any underlying cause <i>Penyebab sakit</i></p>				
<p>Specific location on body including left or right <i>Lokasi spesifik pada badan termasuk kiri atau kanan</i></p>				
<p>Outcome (e.g. on-going complete recovery, likely to recur) or for smears, frequency (annually, 6-monthly) <i>Hasil</i> (misalnya pemulihan lengkap yang sedang berjalan, kemungkinan akan kambuh) atau untuk smear, frekuensi (setiap tahun 6 bulanan)</p>				



2.5 Doctor's contact details | Rincian kontak dokter

Please give details of **Your** current usual doctor or the one who is most familiar with **Your** medical history.

Silahkan berikan rincian mengenai dokter yang biasanya menangani **Anda** atau dokter yang paling mengetahui riwayat kesehatan **Anda**.

Medical Practitioner's details | Rincian Praktisi Medis

Name:
Nama:

Telephone number:
Nomor telepon:

Address:
Alamat:

Date of last attendance and reason:
Tanggal kontrol terakhir dan alasannya:

2.6 Claim reimbursement method | Cara penggantian biaya klaim

Please indicate how **You** would like to receive claim reimbursement payments. Bank transfer is the most secure and quickest method.

Silahkan sebutkan cara pembayaran penggantian biaya klaim yang **Anda** inginkan. Transfer bank merupakan cara yang paling cepat dan aman.

Bank transfer | *Transfer Bank*

For bank transfer | Untuk transfer bank

Account holder's name:
Nama pemilik rekening:

Country:
Negara:

Bank name:
Nama bank:

Bank address:
Alamat bank:

IBAN or account no.:
IBAN atau no. rekening:

Routing code (e.g. Swift or sort code):
Kode Routing (misal: Swift atau kode sejenis):

Bank code:
Kode bank:

Branch code: (Required for Giro payments)
Kode cabang: (Dibutuhkan untuk pembayaran Giro)

Section 3: Start Date | Bagian 3: Tanggal mulai

The date the WorldCare **Plan** will start from (dd/mm/yyyy):

Tanggal yang **Anda** inginkan untuk memulai **Polis** WorldCare (tgl/bln/thn):

/

/

Cover cannot start until **You** have accepted all of **Our** terms and conditions following **Our** receipt of this application form and **We** have received the correct premium. **You** can apply for cover to start at a future date within 60 days of completion of this application form.

Pertanggungjawaban tidak dapat dimulai hingga **Anda** telah menyetujui semua syarat dan ketentuan **Kami** setelah kami menerima Formulir permohonan ini dan setelah **Kami** menerima premi yang benar. **Anda** dapat mengajukan pertanggungjawaban untuk dimulai di masa mendatang dalam 60 hari dari pengisian Formulir permohonan ini.

Section 4: Our environmental policy – Your document delivery settings

Bagian 4: Kebijaksanaan lingkungan kita – Pengaturan pengiriman dokumen anda

As an international organisation, **We** are committed to reducing **Our** carbon footprint by working to minimise the impact of printing and shipping on the environment. To opt out of **Our** environmental policy and receive printed documents, please check this box . **You** will automatically receive a physical membership card for every **Insured Person** on **Your Plan** no matter which option **You** choose and **You** can access all of **Your** remaining **Plan** documents in **Your** secure online portfolio.

Sebagai organisasi internasional, **Kami** berkomitmen untuk mengurangi jejak karbon **Kami** dengan bekerja untuk meminimalkan dampak pencetakan dan pengiriman terhadap lingkungan. Untuk tidak ikut memilih dari kebijakan lingkungan dan menerima dokumen tercetak, mohon centang kotak ini . **Anda** akan secara otomatis menerima kartu kepesertaan fisik untuk setiap Tertanggung pada **Polis Anda**, tidak peduli pilihan mana yang **Anda** pilih dan **Anda** dapat mengakses semua dokumen **Polis** yang tersisa dalam portofolio online aman **Anda**.



Section 5: Method and frequency of premium payment | Bagian 5: Cara dan frekuensi pembayaran premi

Please note that if the payment **You** are to make now is based on an indicative quote the amount due may change once **We** have reviewed this application. **You** will need to both agree and pay the revised premium before cover can start.

Harap diperhatikan jika pembayaran **Anda** sekarang dilakukan berdasarkan penawaran indikatif, jumlah yang harus dibayarkan dapat berubah setelah **Kami** meninjau permohonan ini. **Anda** perlu menyetujui dan membayar premi yang direvisi sebelum pertanggung jawaban dapat dimulai. Silahkan pilih frekuensi pembayaran dan jenis pembayaran untuk premi **Anda**.

	Annually Tahunan	Monthly Bulanan
Credit card Kartu kredit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bank transfer Transfer Bank	<input type="checkbox"/>	N/A

Credit card: **We** accept Visa and MasterCard. **We** will contact **You** to take the required payment. **Your** card issuer may charge an additional conversion or transaction fee to process this payment.

Bank transfer: Please make sure **You** tell **Us Your** family or company name in the transfer details and send it to the bank account below.

Kartu kredit: **Kami** menerima pembayaran dengan Visa atau MasterCard. **Kami** akan menghubungi **Anda** mengenai pembayaran ini.

Transfer Bank: Pastikan **Anda** memberitahu **Kami** nama perusahaan **Anda** dalam rincian transfer dan mengirimkannya ke rekening bank di bawah ini.

	USD account Rekening USD
Bank	CITIBANK, N.A
Branch account no. No. Rekening cabang	N/A Tidak berlaku
Bank code Kode bank	0310305
Branch code Kode cabang	N/A Tidak berlaku
Bank account name Nama rekening Bank	PT Sampo Insurance Indonesia
Address Alamat	South Quarter Tower B, 9th floor, Jl. RA Kartini Kav 8 Cilandak Barat South Jakarta 12430
Account no. Nomor rekening	0107447539
Swift code Kode Swift	CITIIDJX

Section 6: Plan options | Bagian 6: Pilihan Plan

For detailed information about the **Plan** choices available, please refer to WorldCare **Benefit Schedule**. The currency **You** pay **Your** premium in is chosen for **You** by **Your Country of Residence** and the **Plan Deductible** will also be denominated in this currency. Please indicate **Your Plan** choice, **Deductible**, and any additional options.

Untuk informasi terperinci tentang pilihan **Polis** yang tersedia, silahkan lihat **Ikhtisar Manfaat** WorldCare. Mata uang yang **Anda** bayarkan untuk premi **Anda** dipilih untuk **Anda** berdasarkan **Negara tempat tinggal Anda** dan **Risiko Sendiri Polis** juga akan dinominalkan dalam mata uang ini. Silahkan tunjukkan pilihan **Polis Anda**, **Risiko Sendiri**, dan semua pilihan tambahan.

Choice of Plan | Pilihan Program

Benefit Manfaat	Essential	Advance	Excel	Apex
Maximum annual limit Batas maksimal tahunan	USD 3m jt	USD 3m jt	USD 3m jt	USD 3m jt
In-Patient and Day-Patient care Pasien Rawat Inap dan Rawat Sehari	▶	▶	▶	▶
Organ Transplant Transplantasi Organ	▶	▶	▶	▶
Cancer Treatment Perawatan Kanker	▶	▶	▶	▶
Acute Medical Conditions during Pregnancy and childbirth Kondisi Medis akut selama Kehamilan dan persalinan	▶	▶	▶	▶
Evacuation and Repatriation Evakuasi dan Pemulangan Jenazah	▶	▶	▶	▶
Day-Patient or Out-Patient surgery Operasi dengan Rawat Sehari atau Rawat	▶	▶	▶	▶
Out-Patient Medical Practitioner fees Biaya Praktisi Medis Rawat Jalan	▶	▶	▶	▶
Rehabilitation Rehabilitasi	▶	▶	▶	▶
Congenital disorders Kelainan Bawaan	▶	▶	▶	▶
Chronic Condition cover Pertanggung jawaban untuk Kondisi Kronis	▶	▶	▶	▶
Routine and complex dental Treatment Perawatan gigi rutin dan kompleks	▶	▶	▶	▶
Routine maternity cover Pertanggung jawaban persalinan Rutin	▶	▶	▶	▶
Please choose Silahkan pilih	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

▶ Full refund / Pengembalian penuh ▶ Not covered / Tidak ditanggung ▶ Subject to limits / Sesuai dengan batas

Plan Deductible | Risiko Sendiri Polis

If **You** would like to change from the Standard **Deductible** to one of the other options, please tick the appropriate box. Please note that the **Plan Deductible** applies to **In-Patient** and **Day-Patient Treatment** is per **Insured Person**, per **Period of Cover**.

If **You** choose an Optional **Deductible**, on WorldCare Advance, WorldCare Excel or WorldCare Apex, **You** must also select an **Out-Patient Co-Insurance** Option or an **Out-Patient Per Visit Excess** Option. On WorldCare Essential if **You** choose an optional **Deductible** and an **Out-Patient Charges** Option, **You** must also select an **Out-Patient Co-Insurance** Option.

Jika **Anda** ingin mengubah dari **Risiko Sendiri Standar** ke salah satu opsi lainnya, centang kotak yang sesuai. Harap dicatat bahwa **Biaya Risiko Sendiri Polis** berlaku untuk **Pengobatan Rawat Inap** and **Rawat Sehari per Tertanggung**, per **Periode Pertanggung**.

Jika **anda** memilih suatu opsi **biaya risiko sendiri** pada WorldCare Advance, WorldCare Excel atau WorldCare Apex, **Anda** harus memilih juga **Ko-Asuransi Pengobatan Rawat-Jalan** dan/atau pilihan risiko sendiri **Rawat Jalan** per kunjungan. Pada WorldCare Essential, jika **anda** memilih opsi **Biaya Risiko Sendiri** dan tambahan opsi **Biaya Rawat Jalan**, **Anda** harus memilih juga opsi **Rawat Jalan Ko-Asuransi**.

	Essential	Advance	Excel	Apex
Standard Deductible Risiko Sendiri Standar	Nil Nihil	Nil Nihil	Nil Nihil	Nil Nihil
Optional Deductible Risiko Sendiri Opsional				
USD 1,000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
USD 2,500	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
USD 5,000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
USD 10,000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
USD 15,000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Out-Patient Per Visit Excess Option Opsi Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan				
USD 25	N/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
USD 15	N/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Additional options | Pilihan Tambahan

	Essential	Advance	Excel	Apex
USA elective Treatment – Area 1 rates Perawatan elektif Amerika Serikat – Tarif Area 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10% Co-Insurance on Out-Patient Treatment Ko-Asuransi 10% pada Biaya Rawat Jalan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20% Co-Insurance on Out-Patient Treatment Ko-Asuransi 20% pada Biaya Rawat Jalan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospital room restriction in Indonesia and Singapore Pembatasan kamar Rumah Sakit di Indonesia dan Singapura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Out-Patient Charges Biaya Rawat Jalan	<input type="checkbox"/>	N/A	N/A	N/A
Out-Patient Charges – Option 2 Biaya Rawat Jalan – Pilihan 2	<input type="checkbox"/>	N/A	N/A	N/A
Extended Evacuation and Repatriation Option Pilihan Perluasan Evakuasi Medis dan Pemulangan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wellness, optical Benefits and Vaccinations Pemeriksaan Kesehatan Rutin, Manfaat optik dan Vaksinasi	N/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wellness, optical Benefits and Vaccinations – option 2 Pemeriksaan Kesehatan Rutin, Manfaat optik dan Vaksinasi – Pilihan 2	N/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Please note that on WorldCare Essential a **Co-Insurance Out-Patient Treatment** Option can only be taken if **You** select an **Out-Patient Charges** Option.

* Harap dicatat pada WorldCare Essential, suatu **Ko-Asuransi Pengobatan Rawat Jalan** hanya bisa diambil jika **Anda** memilih opsi **Biaya Rawat Jalan**.

Section 7: Important notes | *Bagian 7: Catatan Penting*

Buying health insurance products that are not suitable for **You** may impact **Your** ability to finance **Your** future healthcare needs. **You** should seek advice from **Us** or a qualified adviser if in doubt before **You** sign this application form. Should **You** choose not to, **You** are taking sole responsibility to ensure that this product is appropriate to **Your** financial needs and insurance objectives.

Quotations are valid for 30 days subject to the above details remaining the same and are issued in accordance with WorldCare **Plan** terms, conditions and exclusions.

The premiums quoted have been calculated based on each person's age at the date of the quotation. Premiums may be subject to change if the age of any person increases prior to the actual **Start Date** of **Your** WorldCare **Plan**. Cover cannot start until **You** have accepted all of **Our** terms and conditions following **Our** receipt of this application form and **We** have received the correct premium.

The premiums quoted have been based on Your Body Mass Index being within normal limits.

Data Privacy

We collect personal information about **You** and **Your Dependants** (including health, bank account and occupation) in the course of considering **Your** application and, if a **Plan** is issued to **You**, conducting **Our** relationship with **You**. This information will be processed for the purposes of underwriting **Your** insurance coverage, managing any **Plan** issued and administering claims. **Your** information may be passed to PT Sampo Insurance Indonesia group companies and other companies administering **Your Plan**, **Underwriters**, **Medical Practitioners**, Medical Assistance Companies and Claims Administrators for these purposes, including those located outside Indonesia. The same duty of confidentiality is required of any third parties to whom the administration of **Your Plan** may be subcontracted, including those based outside Indonesia. **Your** personal details will not be disclosed to other organisations without **Your** consent.

You have a right of access to, and correction of, information that **We** hold about **You**. Please contact **Us** if **You** would like to exercise either of these rights. Some of the information **We** collect about **You** may be classified as "sensitive" – that is information about racial or ethnic origin and physical or mental health. Data protection laws impose specific conditions in relation to sensitive information, including, in some circumstances, the need to obtain **Your** explicit consent before **We** process the information.

By signing this Application Form **You** consent to the processing and transfer of information (including sensitive information) described in this notice. Without this consent **We** will not be able to consider **Your** application.

Now Health International group companies providing IPMI (International Private Medical Insurance) products may contact **You** by letter, SMS or email with details of other IPMI (International Private Medical Insurance) or related products and services, which may be of interest to **You**. If **You** do not wish this to happen please tick this box . **You** may opt out of future marketing by contacting **Us** at any time. A list of Now Health International group companies, their contact details and **Our** Data Privacy Policy is available at www.now-health.com.

Membeli produk asuransi kesehatan yang tidak cocok untuk **Anda** dapat mempengaruhi kemampuan **Anda** dalam membiayai kebutuhan perawatan kesehatan di masa mendatang. **Anda** harus meminta nasihat kepada **Kami** atau penasihat yang memenuhi syarat jika ada keraguan sebelum **Anda** menandatangani Formulir permohonan ini. Jika **Anda** memilih untuk tidak meminta nasihat, **Anda** bertanggung jawab untuk memastikan bahwa produk ini sesuai dengan kebutuhan keuangan dan tujuan asuransi **Anda**.

Penawaran ini berlaku selama 30 hari berdasarkan rincian di atas yang tetap sama dan diterbitkan sesuai dengan syarat, ketentuan dan pengecualian **Polis** WorldCare.

Premi yang ditawarkan telah dihitung berdasarkan usia masing-masing orang pada tanggal penawaran. Premi dapat berubah jika usia seseorang bertambah sebelum **Tanggal Mulai** sebenarnya dari **Polis** WorldCare **Anda**. Pertanggungjawaban tidak dapat dimulai hingga **Anda** telah menyetujui semua syarat dan ketentuan setelah **Kami** menerima Formulir permohonan ini dan setelah **Kami** menerima premi yang benar.

Premi yang ditawarkan ini didasarkan pada Body Mass Index Anda yang berada dalam batas normal.

Privasi Data

Kami mengumpulkan informasi pribadi tentang **Anda** dan **Tanggung** **Anda** (termasuk kesehatan, rekening bank dan pekerjaan) dalam hal untuk mempertimbangkan permohonan **Anda** dan, jika **Polis** diterbitkan untuk **Anda**, menjalankan hubungan **Kami** dengan **Anda**. Informasi ini akan diproses untuk tujuan penjaminan pertanggungjawaban Asuransi **Anda**, mengelola **Polis** yang diterbitkan dan pengurusan klaim. Informasi **Anda** mungkin diteruskan ke grup perusahaan PT Sampo Insurance Indonesia dan perusahaan lainnya yang mengurus **Polis** **Anda**, **Penanggung**, **Praktisi Medis**, Perusahaan Bantuan Medis dan Administrator Klaim **Anda** untuk tujuan ini, termasuk yang berlokasi di luar Indonesia. Kewajiban kerahasiaan yang sama berlaku bagi pihak ketiga yang disubkontrak untuk mengurus **Polis** **Anda**, termasuk yang beroperasi di luar Indonesia. Rincian pribadi **Anda** tidak akan diungkapkan kepada perusahaan lain tanpa persetujuan **Anda**.

Anda berhak untuk mengakses dan mengoreksi informasi yang **Kami** miliki tentang **Anda**. Silahkan hubungi **Kami** jika **Anda** ingin menggunakan salah satu dari hak ini. Beberapa informasi yang **Kami** kumpulkan tentang **Anda** dapat diklasifikasikan sebagai "Sensitif" – yaitu informasi tentang asal-usul ras atau etnis dan kesehatan fisik atau jiwa. Undang-undang perlindungan data memberlakukan ketentuan khusus sehubungan dengan informasi rahasia, termasuk, dalam beberapa keadaan, pentingnya mendapatkan persetujuan eksplisit **Anda** sebelum **Kami** memproses informasi.

Dengan menandatangani Formulir permohonan ini **Anda** menyetujui atas pemrosesan dan transfer informasi (termasuk informasi sensitif) yang dijelaskan dalam pemberitahuan ini. Tanpa persetujuan ini **Kami** tidak dapat mempertimbangkan permohonan **Anda**.

Perusahaan grup Now Health International yang menyediakan produk IPMI (Asuransi Swasta Kesehatan Internasional) dapat menghubungi **Anda** melalui surat, SMS atau email dengan rincian IPMI (Asuransi Swasta Kesehatan Internasional) lainnya atau layanan dan produk terkait, yang mungkin menarik bagi **Anda**. Jika **Anda** tidak ingin ini terjadi, silahkan centang kotak ini . **Anda** dapat memilih keluar dari pemasaran dimasa mendatang dengan menghubungi **Kami** setiap saat. Daftar perusahaan grup Now Health International, rincian kontak mereka dan Kebijakan Data Privasi **Kami** tersedia di www.now-health.com.

Section 8: Declaration and authorisation | *Bagian 8: Pernyataan dan Otorisasi*

I hereby apply for cover on behalf of all the persons named in this application form for a WorldCare **Plan** as specified above.

I have received and read the **Benefit Schedule**, Terms and Conditions, Definitions, **Benefits** and exclusions of this **Plan**. I understand that the Application Form, **Certificate of Insurance**, **Benefit Schedule** and the Members' Handbook incorporating the **Plan** terms and conditions make up the contract between **Us** and all form part of the **Plan** Agreement. I am aware that cover shall be provided in accordance with the Agreement.

- I declare that the information given in this application is true and that disclosure in respect of each person included in this application is complete, even if some of the information provided is not in my own handwriting. I understand it is unlawful for me or my **Dependants** to knowingly provide false, incomplete or misleading facts or information to PT Sampo Insurance Indonesia for the purpose of defrauding or attempting to defraud PT Sampo Insurance Indonesia. Penalties may include imprisonment, fines, denial of coverage, rescission of **Benefits** and legal damages.
- I understand that I must notify PT Sampo Insurance Indonesia of any changes in the facts contained in this application form, such as a change in the state of health of any person named in it, before the latest of either written acceptance, payment of premium or the **Start Date**.

Dengan ini saya mengajukan permohonan pertanggungjawaban atas nama semua orang yang tercantum dalam Formulir permohonan ini untuk **Polis** WorldCare sebagaimana dijelaskan di atas.

Saya telah menerima dan membaca **Ikhtisar Manfaat**, Syarat dan Ketentuan, Definisi, **Manfaat** dan pengecualian **Polis** ini. Saya mengerti bahwa Formulir permohonan, **Sertifikat Asuransi**, **Ikhtisar Manfaat** dan Buku Panduan Peserta yang mencakup syarat dan ketentuan **Polis**, membentuk kontrak antara **Kami** dan semua pihak dalam Perjanjian **Polis**. Saya menyadari bahwa pertanggungjawaban harus diberikan sesuai dengan Perjanjian ini.

- Saya menyatakan bahwa informasi yang diberikan dalam permohonan ini adalah benar dan bahwa pengungkapan atas setiap orang yang tertera dalam formulir ini sudah lengkap, meski beberapa informasi yang diberikan tidak dalam bentuk tulisan tangan saya sendiri. Saya mengerti merupakan pelanggaran hukum bagi saya atau **Tanggung** saya bila dengan sengaja memberikan keterangan palsu, tidak lengkap atau menyembunyikan fakta atau informasi kepada PT Sampo Insurance Indonesia untuk tujuan penipuan atau mencoba untuk menipu PT Sampo Insurance Indonesia. Sanksi dapat berupa penjara, denda, penolakan pertanggungjawaban, pembatalan **Manfaat** dan ganti rugi hukum.
- Saya memahami bahwa saya harus memberitahu PT Sampo Insurance Indonesia mengenai setiap perubahan fakta-fakta yang terkandung dalam Formulir permohonan ini, seperti perubahan kondisi kesehatan setiap orang yang tercantum di dalamnya, sebelum persetujuan tertulis, pembayaran premi atau **Tanggal Mulai**.

- For the purpose of this application I authorise any doctor who has ever treated or advised any of the persons named in this application to provide PT Sampo Insurance Indonesia with any information they may require in connection with **Treatment** related to any claim under this **Plan**. I have discussed the terms of this authorisation with my partner and competent adult **Dependants**, and I have obtained their consent to the release of their healthcare information pursuant to this authorisation.
- I declare that I have read and understood the Members' Handbook which contains Product Information and Key Product Provisions, details of my rights and **Your** obligations to me:
 - cancellation and termination rights
 - complaints procedures
 - law and jurisdiction of the **Plan**
 - language of the **Plan** and **Our** service
 - compensation arrangements
 - **Plans** are underwritten by PT Sampo Insurance Indonesia in association with Now Health International
- I understand that PT Sampo Insurance Indonesia cannot be liable and therefore will not pay claims if my **Plan** is lapsed should PT Sampo Insurance Indonesia be unable to collect my premium for whatever reason and I do not provide PT Sampo Insurance Indonesia with an alternate method of payment within seven days of PT Sampo Insurance Indonesia request for alternative methods of payment.
- I agree that where medical **Treatment** is received within the provider network by me or any of my **Dependants** and, except where previously agreed by PT Sampo Insurance Indonesia, it is determined that the **Treatment** or **Medical Condition** is not refundable within the terms and conditions of the **Plan**, I agree that I am liable to PT Sampo Insurance Indonesia for all claims settled for such medical **Treatment** in connection with any non-covered claim.
- I understand and confirm that where I have not repaid funds disbursed in good faith by PT Sampo Insurance Indonesia in respect of non-covered medical **Treatment**, valid claims may be offset against outstanding funds due to PT Sampo Insurance Indonesia and/or my **Plan** may be suspended until the outstanding amounts have been settled in full.
- I have consent from all my dependants covered under the **Plan** to administer additions and deletions and review claim payment reports on their behalf.
- I acknowledge that if it is determined by PT Sampo Insurance Indonesia that a claim was fraudulent my **Plan** may be terminated with immediate effect.
- I have read the important notes.
- I agree to the declaration above and understand that cover is provided in accordance with the terms and conditions of the WorldCare **Plan**.
- Untuk tujuan permohonan ini saya memberi kuasa kepada setiap dokter yang pernah merawat atau menasehati salah satu orang yang tercantum dalam permohonan ini untuk memberikan kepada PT Sampo Insurance Indonesia segala informasi yang mungkin mereka perlukan sehubungan dengan **Perawatan** yang terkait dengan klaim berdasarkan **Polis** ini. Saya telah membahas syarat-syarat pemberian kewenangan ini dengan pasangan saya dan Tanggungan dewasa yang kompeten, dan saya telah memperoleh persetujuan mereka untuk mengungkapkan informasi perawatan kesehatan mereka berdasarkan kewenangan ini.
- Saya menyatakan bahwa saya telah membaca dan memahami Buklet "Panduan Asuransi Kesehatan **Anda**", dan Buku Panduan Peserta yang berisi Informasi Produk dan Ketentuan-Ketentuan Kunci Produk, rincian hak saya dan kewajiban **Anda** kepada saya:
 - Hak pembatalan dan pemutusan
 - Prosedur Keluhan
 - Hukum dan yurisdiksi **Polis**
 - Bahasa **Polis** dan layanan **Kami**
 - Penyusunan kompensasi
 - **Polis** ini ditanggung oleh PT Sampo Insurance Indonesia dalam asosiasi dengan Now Health International
- Saya memahami bahwa PT Sampo Insurance Indonesia tidak bertanggung jawab atas dan karena itu tidak akan membayar klaim jika **Polis** saya kadaluarsa sehingga PT Sampo Insurance Indonesia tidak dapat menagih premi saya untuk alasan apapun dan saya tidak memberi PT Sampo Insurance Indonesia metode pembayaran alternatif dalam waktu tujuh hari dari permintaan PT Sampo Insurance Indonesia untuk metode pembayaran alternatif.
- Saya setuju bahwa bila **Perawatan** medis diterima di jaringan penyedia oleh saya atau salah satu **Tanggungan** saya dan, kecuali telah disepakati sebelumnya oleh PT Sampo Insurance Indonesia, ditetapkan bahwa dana untuk **Perawatan** atau **Kondisi Medis** itu tidak dapat dikembalikan menurut syarat dan ketentuan **Polis**, maka saya setuju bahwa saya bertanggung jawab kepada PT Sampo Insurance Indonesia untuk semua klaim yang diselesaikan untuk **Perawatan** medis tersebut yang terkait dengan klaim yang tidak ditanggung.
- Saya memahami dan menkonfirmasi bahwa bila saya belum melunasi dana yang dicairkan dengan itikad baik oleh PT Sampo Insurance Indonesia sehubungan **Perawatan** medis yang tidak ditanggung, klaim yang berlaku dapat diganti rugi dengan dana terutang pada PT Sampo Insurance Indonesia dan/atau **Polis** saya dapat ditangguhkan hingga jumlah terutang telah dilunasi sepenuhnya.
- Saya mendapat persetujuan dari semua tanggungan saya yang ditanggung dengan **Polis** ini untuk mengurus penambahan dan penghapusan dan meninjau laporan pembayaran klaim atas nama mereka.
- Saya menyatakan bahwa jika ditetapkan oleh PT Sampo Insurance Indonesia bahwa klaim itu tidak benar, maka **Polis** saya dapat diakhiri dengan segera.
- Saya telah membaca catatan penting.
- Saya setuju dengan pernyataan di atas dan memahami bahwa pertanggungan yang diberikan sesuai dengan syarat dan ketentuan dari **Polis** WorldCare.

Signature (Insured): | **Tanda tangan (Tertanggung):**

Date (dd/mm/yyyy): | **Tanggal (tgl/bln/thn):**

/ /

Signature & Name of Adviser: | **Tanda tangan dan nama penasehat:**

Date (dd/mm/yyyy): | **Tanggal (tgl/bln/thn):**

/

/ /

Policies are underwritten and issued by PT Sampo Insurance Indonesia in association with Now Health International. Now Health International's subsidiary company in Indonesia is PT Now Health International Indonesia which provides Management Consultancy advice in International Private Medical Insurance to PT Sampo Insurance Indonesia. Visit www.sampo.co.id to find out more about PT Sampo Insurance Indonesia.

Polis ini diseleksi risiko dan diterbitkan oleh PT Sampo Insurance Indonesia dalam asosiasi dengan Now Health International. Anak perusahaan Now Health International adalah PT Now Health International Indonesia yang memberikan saran konsultasi manajemen untuk Asuransi Kesehatan Internasional kepada PT Sampo Insurance Indonesia.

Kunjungi www.sampo.co.id untuk mengetahui lebih banyak mengenai PT Sampo Insurance Indonesia.

