



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

| | |
|--|--|
| Intermediary company: <i>Perusahaan perantara:</i> | Fax number: <i>Nomor faks:</i> |
| | Email address: <i>Alamat email:</i> |
| Contact/Advisor name: <i>Nama kontak/Penasehat:</i> | Official stamp: <i>Stempel resmi:</i> |
| Telephone number: <i>Nomor telepon:</i> | |

A **Dependant** is one spouse or adult partner and/or unmarried children who are no more than 18 years old and residing with **You**, or up to 28 years old if in full-time education (written proof may be required from the educational institute where they are enrolled), at the **Start Date** or any subsequent **Renewal Date**. The term partner shall mean husband, wife, civil partner or the person permanently living with **You** in a similar relationship. All **Dependants** must be named as **Insured Persons** in the **Certificate of Insurance**.

To add a **Dependant** to **Your Plan**, please complete this form in BLOCK CAPITALS or apply online at www.now-health.com.

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 claims 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.

Please enclose any relevant medical reports or test results with **Your** application if they are available. **We** may ask **You** to complete a further medical questionnaire if **We** need more information. **We** will treat all the information **You** provide in strict confidence.

We rely on the information that **You** provide in this form (i.e. misrepresentation) to decide whether or not to accept **Your** application, and whether or not **We** need to apply special terms. Special terms are exclusions or conditions that **We** may apply to **Your** cover. If **You** submit a claim for the **Treatment** of any existing condition which **You** did not tell **Us** about here or did not tell **Us** everything about, **We** may refuse to pay that claim. **We** also have the right to void **Your Plan**, or **We** may impose special terms on **Your Plan** which **We** will apply retrospectively. Please take the greatest care to ensure that this application form is completed fully and accurately.

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

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.

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

Please send **Us 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.

Seorang **Tanggungan** adalah suami/istri atau pasangan dewasa dan/atau anak-anak belum menikah yang berusia tidak lebih dari 18 tahun dan tinggal bersama **Anda**, atau hingga usia 28 tahun jika sedang menempuh pendidikan penuh (bukti tertulis wajib diserahkan dari lembaga pendidikan tempat mereka terdaftar), pada **Tanggal Mulai** atau **Tanggal Perpanjangan** berikutnya. Pemahaman pasangan berarti pasangan suami, istri, pasangan sejenis atau orang yang secara permanen tinggal bersama **Anda** dalam hubungan yang sama. Semua **Tanggungan** harus dinamai sebagai **Orang Tertanggung dalam Sertifikat Asuransi**.

Untuk menambahkan **Tanggungan** pada **Polis Anda**, silahkan isi formulir ini dengan HURUF BESAR atau mendaftarkan secara online di www.now-health.com.

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**.

Kami menyarankan **Anda** untuk menyimpan catatan semua informasi yang **Anda** berikan kepada **Kami** sehubungan dengan aplikasi ini.

Silahkan lampirkan semua laporan medis atau hasil tes beserta permohonan **Anda** jika ada. **Kami** akan meminta **Anda** untuk melengkapi daftar pertanyaan medis selanjutnya jika **Kami** memerlukan informasi lebih lanjut. Semua informasi yang **Anda** berikan akan dijaga kerahasiaannya.

Kami mengandalkan informasi yang **Anda** berikan dalam formulir ini (yaitu pernyataan tidak sesuai) untuk memutuskan apakah atau tidak menyetujui permohonan **Anda**, dan apakah atau tidak **Kami** perlu menerapkan persyaratan khusus. Persyaratan khusus adalah pengecualian atau syarat yang mungkin **Kami** terapkan pada pertanggungan **Anda**. Jika **Anda** mengajukan klaim untuk Perawatan kondisi kesehatan yang ada tetapi tidak **Anda** beritahukan kepada **Kami** di sini atau tidak memberitahu **Kami** tentang segala sesuatu, **Kami** bisa menolak membayar klaim tersebut.

Kami juga berhak untuk membatalkan **Polis Anda**, atau **Kami** dapat memberlakukan persyaratan khusus pada **Polis Anda** yang akan **Kami** terapkan secara retrospektif (berlaku surut). Harap pastikan bahwa Formulir permohonan ini diisi dengan lengkap dan akurat.

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

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**.

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

Silahkan kirim formulir aplikasi **Anda** yang telah diisi lengkap ke **Kami** melalui perantara **Anda**, atau langsung ke PT Sampo Insurance Indonesia melalui email di IndonesiaService@now-health.com.

Section 1: Planholder information | Bagian 1: Informasi Pemegang Polis/Tertanggung

Planholder name: | Nama Pemegang Polis/Tertanggung:

Plan number: | Nomor Polis:

Section 2: Add Dependant details | Bagian 2: Rincian penambahan tanggungan

First name(s):

Nama depan:

Family name:

Nama keluarga:

What does he/she like to be called?

Apa nama panggilannya?

(If their full name is John Andrew Smith, they might like to be called John or Mr Smith or Andy. We will address all correspondence to them 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.)

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 (cm/ft):

Tinggi (cm/ft):

Weight (kg/lbs):

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 peserta polis ini, atau anggota keluarga atau teman dekat Anda menjadi penyelenggara negara?

(Jika ya harap berikan rincian lebih lanjut)

Yes | Ya

No | Tidak

Relationship to Planholder:

Hubungan dengan Pemegang Polis/Tertanggung:

Section 3: Entry date | Bagian 3: Tanggal masuk

Date **You** wish **Your Dependant's** cover to start (dd/mm/yyyy)

Tanggal yang **Anda** inginkan untuk memulai pertanggungan **Tanggungan Anda** (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.

Pertanggungan 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 pertanggungan untuk dimulai di masa mendatang dalam 60 hari sejak pengisian Formulir permohonan ini.

Section 4: Method and frequency of premium payment | Bagian 4: Metode dan jangka waktu 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. The additional premium for this **Dependant** should be paid in the same method as **Your Plan**. Details of how to pay are listed below.

Credit card: **We** accept Visa and MasterCard. **We** will contact **You** to take the required payment.

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

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 pertanggungan dapat dimulai. Premi tambahan untuk **Tanggungan** ini harus dibayar dengan metode yang sama seperti **Polis Anda**. Rincian cara pembayaran tercantum di bawah ini.

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

Transfer bank: Pastikan **Anda** memberitahu **Kami** nama keluarga **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 South Quarter Tower B, lantai 9, Jl. RA Kartini Kav 8 Cilandak Barat Jakarta Selatan 12430 |
| Account no. Nomor rekening | 0107447539 |
| Swift code Kode Swift | CITIIDJX |

Section 5: Insurance details | Bagian 5: Rincian Asuransi

5.1 Does **Your Dependant** currently have health insurance with another company?
Apakah **Tanggungannya Anda** saat ini memiliki asuransi kesehatan dengan perusahaan lain. Yes | Ya No | Tidak

If yes, please give details:
Jika ya, berikan rincian:

5.2 Does **Your Dependant** intend to continue with the existing insurance?
Apakah **Tanggungannya Anda** berniat untuk melanjutkan dengan asuransi yang ada? Yes | Ya No | Tidak

5.3 Do **You** buy this **Plan** as a **Secondary Health Insurance Plan** for **Your Dependant**?
Apakah **Anda** membeli **Polis** ini sebagai **Polis Asuransi Kesehatan Sekunder** untuk **Tanggungannya Anda**? Yes | Ya No | Tidak

If **You** buy this **Plan** as a **Secondary Health Insurance Plan**, **You** must provide a copy of the **Certificate of Insurance** of **Your Dependant's Primary Health Insurance** policy. If **Your Dependant** has more than one health insurance policy, this **Plan** will be the health insurance policy that pays last.
Jika **Anda** membeli **Polis** ini sebagai **Polis Asuransi Kesehatan Sekunder**, **Anda** harus memberikan salinan **Sertifikat Asuransi** dari polis **Asuransi Kesehatan Primer Tanggungannya Anda**. Jika **Tanggungannya Anda** memiliki lebih dari satu polis asuransi kesehatan, **Polis** ini akan menjadi polis asuransi kesehatan yang membayar paling akhir.

5.4 Has **Your Dependant** been insured previously with Now Health International?
Apakah **Tanggungannya Anda** pernah ditanggung sebelumnya di Now Health International? Yes | Ya No | Tidak

If yes, please give dates of when insured and previous policy number:
Jika ya, silahkan berikan tanggal saat pertanggungannya dan nomor polis sebelumnya:

5.5 Has **Your Dependant** ever had an application for Medical Insurance declined or had special terms imposed?
Apakah **Tanggungannya Anda** pernah memiliki aplikasi Asuransi Kesehatan yang ditolak atau diberikan kondisi khusus? Yes | Ya No | Tidak

If yes, please give details:
Jika ya, silahkan berikan rincian:

Section 6: Health declaration | Bagian 6: Pernyataan kesehatan

Your Dependant does not need to disclose matters related to common colds, **Vaccinations** or hayfever. **Anda** tidak perlu mengungkapkan hal-hal yang berkaitan dengan batuk, pilek, **Vaksinasi**, atau demam.

| | Dependant Tanggungannya |
|--|--|
| 6.1 Has Your Dependant 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 they were off work for more than one week, and/or received more than 10 days' Treatment ? Apakah Tanggungannya Anda dalam lima tahun terakhir pernah mengalami Operasi , menjadi pasien atau pernah dirawat di Rumah Sakit , klinik, sanatorium, panti jompo atau lembaga medis lain sehingga Tanggungannya Anda tidak bekerja selama lebih dari satu minggu, dan/atau menerima Perawatan lebih dari 10 hari? | <input type="radio"/> Yes Ya <input type="radio"/> No Tidak |
| 6.2 Is Your Dependant 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? Apakah Tanggungannya Anda saat ini mengonsumsi jenis obat tertentu (selain pil KB), atau apakah Perawatan atau tes saat ini sedang dilakukan atau direncanakan untuk dilakukan, atau Rawat Inap atau Rawat Singkat yang terjadwal di Rumah sakit? | <input type="radio"/> Yes Ya <input type="radio"/> No Tidak |
| Has Your Dependant ever received Treatment , tests or investigations for, been diagnosed with, or been hospitalised or had signs or symptoms of for: | Apakah Anda pernah menerima Perawatan , tes atau pemeriksaan, didiagnosa, atau dirawat di rumah sakit atau memiliki tanda atau gejala untuk: |
| 6.3 Asthma, bronchitis, tuberculosis, pneumonia or any other respiratory conditions? Asma, bronkitis, tuberkulosis, radang paru atau kondisi pernapasan lainnya? | <input type="radio"/> Yes Ya <input type="radio"/> No Tidak |
| 6.4 Anxiety, depression, psychological, psychiatric, mental condition, drug or alcohol addiction or abuse? Kegelisahan, depresi, psikologis, kejiwaan, kondisi mental, kecanduan atau penyalahgunaan obat-obatan atau alkohol? | <input type="radio"/> Yes Ya <input type="radio"/> No Tidak |
| 6.5 Blood disorders, anaemia, haemophilia, thalassemia or other abnormal blood tests? Has Your Dependant ever been tested positive for HIV, Hepatitis B or C? Kelainan darah, anemia, hemofilia, talasemia atau tes darah abnormal lainnya? Apakah Tanggungannya Anda pernah dinyatakan positif HIV, Hepatitis B atau C? | <input type="radio"/> Yes Ya <input type="radio"/> No Tidak |
| 6.6 Cancer , cyst, polyp, or any abnormal growth whether cancerous or benign? Kanker , kista, polip, atau pertumbuhan tidak normal apakah itu kanker ganas atau jinak? | <input type="radio"/> Yes Ya <input type="radio"/> No Tidak |
| 6.7 Digestive disorder including stomach, colon, rectum, hernia or any other bowel problems? Gangguan pencernaan meliputi lambung, usus besar, rektum, hernia atau penyakit usus lain? | <input type="radio"/> Yes Ya <input type="radio"/> No Tidak |
| 6.8 Disorders of the kidneys, spleen, liver, pancreas, bladder, prostate, renal or recurrent urinary conditions? Gangguan ginjal, limpa, hati, pankreas, kandung kemih, prostat, ginjal atau kondisi kemih kambuhan? | <input type="radio"/> Yes Ya <input type="radio"/> No Tidak |

| | | |
|------|---|--|
| 6.9 | Diabetes, thyroid disorders or weight management problems? <i>Gangguan diabetes, tiroid atau masalah penanganan berat badan?</i> | <input type="radio"/> Yes Ya <input type="radio"/> No Tidak |
| 6.10 | Epilepsy, multiple sclerosis or other neurological conditions? <i>Epilepsi, sklerosis berganda atau kondisi neurologis lainnya?</i> | <input type="radio"/> Yes Ya <input type="radio"/> No Tidak |
| 6.11 | High blood pressure, heart or circulatory conditions, stroke or higher than normal cholesterol level? <i>Tekanan darah tinggi, kondisi jantung atau peredaran darah, stroke atau kadar kolesterol lebih tinggi dari biasanya?</i> | <input type="radio"/> Yes Ya <input type="radio"/> No Tidak |
| 6.12 | Knee, back or skin disorders, rheumatism, gout, arthritis or disease of the bone, spine, joint, muscle? <i>Gangguan lutut, punggung atau kulit, rematik, asam urat, artritis atau penyakit tulang, tulang belakang, sendi atau otot?</i> | <input type="radio"/> Yes Ya <input type="radio"/> No Tidak |
| 6.13 | Any type of disease, physical impairment, congenital or hereditary disorder, disability, recurrent illness, major injury or Medical Condition not already noted above? <i>Semua jenis penyakit, gangguan fisik, gangguan bawaan atau keturunan, cacat, sakit kambuhan, kehamilan, cedera berat atau Kondisi Medis yang belum disebutkan di atas?</i> | <input type="radio"/> Yes Ya <input type="radio"/> No Tidak |
| 6.14 | Females only – Has Your Dependant ever suffered from any breast or gynaecological disorders? <i>Hanya Perempuan – Apakah Tanggungannya Anda pernah menderita gangguan payudara atau ginekologis?</i> | <input type="radio"/> Yes Ya <input type="radio"/> No Tidak |

Additional information | Informasi Tambahan

If **Your Dependant** answered 'Yes' to any of questions 6.1 to 6.14, 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 **Tanggungannya Anda** menjawab 'Ya' untuk pertanyaan 6.1 hingga 6.14, 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.

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| Member name <i>Nama Peserta</i> | | | | |
| 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) | | | | |
| Date of consultation <i>Tanggal konsultasi</i> | | | | |
| Treatment received <i>Perawatan yang diterima</i> | | | | |
| Date of last treatment/ symptoms <i>Tanggal terakhir perawatan/gejala</i> | | | | |
| Any underlying cause <i>Penyebab sakit</i> | | | | |
| Specific location on body including left or right <i>Lokasi spesifik pada badan termasuk kiri atau kanan</i> | | | | |
| 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) | | | | |

Section 7: Doctor's contact details | Bagian 7: Rincian kontak dokter

Please give details of **Your Dependant's** current usual doctor or the one who is most familiar with **Your Dependant's** 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:

Section 8: Important notes | Bagian 8: 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 SimpleCare **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** SimpleCare **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 Dependant's Body Mass Index being within normal limits.

Pre-Existing Medical Conditions

Your Plan does not cover **You** for **Treatment** of **Pre-Existing Medical Conditions** and **Related Conditions** unless accepted by **Us** in writing.

A **Pre-Existing Medical Condition** means any disease, injury or illness for which:

- You** have received **Treatment**, test or investigations for, been diagnosed with or been hospitalised for; or
- You** have suffered from or experienced symptoms; whether the **Medical Condition** has been diagnosed or not, at any time before your **Start Date/Entry Date** into the **Plan**.

Data Privacy

We collect personal information about **You** and **Your Dependents** (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.

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 nasehat, **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 SimpleCare**.

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 SimpleCare Anda**. Pertanggungjanaan 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 Tanggungan Anda yang berada dalam batas normal.

Kondisi Medis yang Sudah Ada

Polis Anda tidak menanggung/melindungi **Anda** untuk **Perawatan Kondisi Medis Yang Sudah Ada** dan **Kondisi Terkait** kecuali **Kami** menyetujuinya secara tertulis.

Kondisi Medis yang Sudah Ada berarti semua penyakit, cedera atau sakit yang mana:

- Anda** telah menerima **Perawatan**, tes atau pemeriksaan, didiagnosis atau dirawat di rumah sakit; atau
- Anda** menderita atau mengalami gejala; apakah **Kondisi Medis** itu telah didiagnosa atau tidak, pada setiap saat sebelum **Tanggal Mulai/Tanggal Masuk** ke dalam **Polis Anda**.

Kerahasiaan Data

Kami mengumpulkan informasi pribadi tentang **Anda** dan **Tanggungan 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 pertanggungjanaan 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.

Important note: We regard the rights above as best practice but the legal requirements may differ in the country in which You reside. Please contact Us for additional information regarding regulations in Your jurisdiction.

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.

Catatan penting: Kami menganggap hak di atas sebagai praktik terbaik tetapi persyaratan hukum mungkin berbeda di negara tempat Anda tinggal. Silakan hubungi Kami untuk informasi tambahan mengenai peraturan di yurisdiksi Anda.

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 9: Declaration and authorisation | Bagian 9: Pernyataan dan Otorisasi

I hereby apply for cover on behalf of all the persons named in this application form for a SimpleCare **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/Entry Date**.
- 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 "**Your** Guide to Health Insurance" Booklet and 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.

Dengan ini saya mengajukan permohonan pertanggung jawaban atas nama semua orang yang tercantum dalam Formulir permohonan ini untuk **Polis** SimpleCare 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 pertanggung jawaban 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 pertanggung jawaban, 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/Tanggal masuk**.
- 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 **Tanggung** 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 penghentian
 - Prosedur Pengaduan
 - 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.

- 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 have consent from all my dependants covered under the **Plan** to administer additions and deletions and review claim payment reports on their behalf.
- 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 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 SimpleCare **Plan**.
- Saya setuju bahwa bila **Perawatan** medis diterima di jaringan penyedia oleh saya atau salah satu **Tanggung** 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 atas semua klaim yang diselesaikan untuk **Perawatan** medis tersebut yang terkait dengan klaim yang tidak ditanggung.
- 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 memahami dan mengkonfirmasi 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 menyatakan bahwa jika ditetapkan oleh PT Sampo Insurance Indonesia bahwa klaim itu tidak benar, maka **Polis** saya dapat iakhiri 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** SimpleCare.

Signature (Insured/main applicant): | *Tanda tangan (Tertanggung/pemohon utama):*

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.