

Please complete this form in BLOCK CAPITALS.

Please send your completed application form to Us by email to [IndonesiaService@now-health.com](mailto:IndonesiaService@now-health.com) or fax it to +62 21 515 7639.

Plans are underwritten by PT Sompoo Insurance Indonesia.

Silahkan lengkapi formulir ini dengan menggunakan HURUF BESAR.

Silahkan kirim formulir aplikasi Anda yang telah diisi lengkap ke Kami melalui email di [IndonesiaService@now-health.com](mailto:IndonesiaService@now-health.com) atau fax ke +62 21 515 7639.

Polis ini ditanggung oleh PT Sompoo Insurance Indonesia.

**Section 1: Medical facility details | Bagian 1: Rincian fasilitas kesehatan**

1.1 Full name of medical facility:  
*Nama lengkap fasilitas kesehatan:*

1.2 Registered address:  
*Alamat terdaftar:*

1.3 Website address:  
*Alamat situs web:*

1.4 Type of medical facility:  
*Jenis fasilitas kesehatan:*

**Section 2: Medical provider relationship details | Bagian 2: Rincian hubungan penyedia layanan kesehatan**

2.1 Responsible person for application: | 2.1 Penanggung jawab permohonan:

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 Telephone:  
*Telepon:*

2.3 Fax:  
*Faks:*

2.4 Email:

**Section 3: Medical provider contact details | Bagian 3: Rincian kontak penyedia layanan kesehatan**

3.1 Contact person for future business operation (if different from Section 2)  
*Nama Kontak untuk operasi perusahaan selanjutnya (jika berbeda dengan Bagian 2)*

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)

3.2 Telephone:  
*Telepon:*

3.3 Fax:  
*Faks:*

3.4 Email:

**Section 4: Declaration | Bagian 4: Pernyataan**

We declare that answers and statements given in this application are accurate to the best of our knowledge and undertake to inform Now Health International of any material change of circumstances promptly.

*Kami menyatakan bahwa jawaban dan pernyataan yang diberikan dalam permohonan ini adalah akurat berdasarkan pengetahuan kami dan berjanji untuk segera memberitahu Now Health International mengenai perubahan keadaan yang signifikan.*

**Signature: | Tanda tangan:**

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

/ /

Policies are underwritten and issued by PT Sompoo 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 Sompoo Insurance Indonesia. Visit [www.sompo.co.id](http://www.sompo.co.id) to find out more about PT Sompoo Insurance Indonesia.

*Polis ini diseleksi risiko dan diterbitkan oleh PT Sompoo 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 Sompoo Insurance Indonesia. Kunjungi [www.sompo.co.id](http://www.sompo.co.id) untuk mengetahui lebih banyak mengenai PT Sompoo Insurance Indonesia.*