

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

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

To be completed by the employer (the **Planholder**). Please complete this form using BLOCK CAPITALS.

A deliberate or reckless misrepresentation by **You** may lead to **Us** voiding **Your** membership. Where **You** make a careless misrepresentation **We** may void **Your Group 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 Group 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/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** employees, **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 **Group Plan**, **We** will pay the authorised insurance broker commission during the life of the **Group 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 **Your** completed application form and submit it along with **Your** incorporation certificate (trade license) to **Us** via **Your** intermediary, or direct to PT Sampo Insurance Indonesia by email to IndonesiaSales@now-health.com or fax it to +62 21 515 7639.

Diisi oleh perusahaan (**Pemegang Polis**). Silahkan isi formulir ini menggunakan HURUF BESAR.

Suatu pernyataan yang keliru baik disengaja ataupun tidak oleh **Anda** dapat menyebabkan **Kami** membatalkan kepesertaan **Anda**. Di mana **Anda** membuat suatu pernyataan yang keliru **Kami** dapat membatalkan **Polis Grup Anda** atau menolak atau mengurangi pembayaran klaim terkait. Suatu pernyataan yang keliru adalah suatu pernyataan fakta yang tidak benar yang dikeluarkan oleh satu pihak, dalam hal ini **Kami**, dalam menetapkan persyaratan kontrak (**Polis Grup Anda**). **Anda** harus memastikan bahwa **Anda** melengkapi aplikasi **Anda** dengan hati-hati, akurat dan lengkap. 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.

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 karyawan **Anda**, **Anda** harus memberitahu **Kami** secara tertulis tentang perubahan tersebut.

Jika **Anda** menggunakan broker asuransi resmi, **Anda** memahami, menyatakan dan menyetujui bahwa dengan membeli **Polis Grup** ini, **Kami** akan membayar komisi broker asuransi resmi selama masa **Polis Grup** 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.

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

Section 1: Start Date | Bagian 1 : Tanggal Berlaku

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.

The date the **Group Plan** will start from (dd/mm/yyyy):
Polis Grup ini akan berlaku sejak (tgl/bln/thn) :

/ /

Section 2: Company details | Bagian 2: Rincian Perusahaan

Company name: | *Nama Perusahaan:*

Company address: | *Alamat Perusahaan:*

Company registration number: | *Nomor Registrasi Perusahaan:*

Other countries where **You** do business/have operations:
*Negara lain di mana **Anda** menjalankan usaha/operasi:*

Company website address:
Alamat situs Perusahaan:

Type of business:
Jenis Usaha:

Is the Company, any party connected to the Company or any employees, their family members or close associates, a politically exposed person?

Is any party connected to the Company, any employees, their family members or close associates, a politically exposed person?

Yes | Ya ☐ No | Tidak ☐

Apakah Perusahaan, pihak yang terkait dengan Perusahaan atau karyawan, anggota keluarga atau pihak terasosiasinya, orang yang dieksploitasi secara politik?

Apakah pihak yang terkait dengan Perusahaan, karyawan, anggota keluarga atau pihak terasosiasinya, orang yang dieksploitasi secara politik?

Are all directors included in **Your** intended membership? (If not please list all additional directors)

Apakah seluruh direktur termasuk di dalam keanggotaan yang dituju?
(apabila tidak, mohon sebutkan seluruh direktur tambahan)

Yes | Ya ☐ No | Tidak ☐

Are all Ultimate Beneficial Owners of the Company included in the intended membership (If not please list all Ultimate Beneficial Owners) (natural persons owning more than 5%):

Apakah seluruh Pemilik Modal/ Saham Perusahaan termasuk di dalam keanggotaan ini
(apabila tidak mohon sebutkan seluruh Pemilik Modal/ Saham Perusahaan)
(orang pribadi yang memiliki Saham lebih dari 5%):

Yes | Ya ☐ No | Tidak ☐

Section 3: Company Plan Administrator details | Bagian 3: Rincian Pengurus Polis Perusahaan

First name(s): | Nama Depan:

Family name: | Nama Keluarga:

What do **You** like to be called? | Apa nama panggilan **Anda**?

(If **You** 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.)

Job title: | Jabatan:

Address (if different from above): | Alamat (jika berbeda dengan yang di atas):

Telephone: | Telepon:

Fax: | Faks:

Email address: | Alamat email:

Section 4: Our environmental policy – Your document delivery settings

Bagian 4: Kebijakan lingkungan kita – Pengaturan pengiriman dokumen anda

- **You** can use **Your** secure online portfolio to view and download **Plan** documents, including **Your Certificate of Insurance**
- **You** can use **Your** secure online portfolio to download **Your** virtual membership card
- Add **Your** membership card to **Your** smartphone wallet.
- **Anda** dapat menggunakan portofolio online aman **Anda** untuk melihat dan mengunduh dokumen **Polis Anda**, termasuk **Sertifikat Asuransi Anda**
- **Anda** dapat menggunakan portofolio online aman **Anda** untuk mengunduh kartu keanggotaan **Anda**
- Tambahkan kartu keanggotaan **Anda** ke dompet smartphone **Anda**

Section 5: Group Plan options | Bagian 5 : Pilihan Polis Grup

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

Untuk informasi terperinci tentang pilihan **Polis Grup** 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 Grup** juga akan dinominalkan dalam mata uang ini. Silahkan indikasi pilihan **Polis Grup Anda**, **Risiko Sendiri**, dan semua pilihan tambahan.

(i) Choice of Group Plan | (i) Pilihan Polis Grup

Benefit Manfaat	Essential	Advance	Excel	Apex
Maximum annual limit Limit 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 Jalan	▶	▶	▶	▶
Out-Patient Medical Practitioner fees Biaya Praktisi Medis Rawat Jalan	▶	▶	▶	▶
Rehabilitation Rehabilitasi	▶	▶	▶	▶
Congenital cover Kelainan Bawaan	▶	▶	▶	▶
Chronic Condition cover Pertanggungungan untu k Kondisi kronis	▶	▶	▶	▶
Routine and complex dental Treatment Perawatan gigi rutin dan kompleks	▶	▶	▶	▶
Routine maternity cover Pertanggungungan persalinan Rutin	▶	▶	▶	▶
Please choose Silahkan pilih	☐	☐	☐	☐

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

(ii) Group Plan Deductible | (ii) Risiko Sendiri Polis Grup

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 **Group 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** USD 150, USD 250, USD 500, USD 1,000, USD 2,500 or USD 5,000 and an **Out-Patient Charges** Option or **Out-Patient Charges** – Option 2, **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 Grup** berlaku untuk **Pengobatan Rawat Inap dan Rawat Sehari per Tertanggung**, per **Periode Pertanggungungan**.

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** USD 150, USD 250, USD 500, USD 1,000, USD 2,500 or USD 5,000 dan tambahan opsi **Biaya Rawat Jalan** atau **Biaya Rawat Jalan** – Opsi 2, **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 150	☐	☐	☐	☐
USD 250	☐	☐	☐	☐
USD 500	☐	☐	☐	☐
USD 1,000	☐	☐	☐	☐
USD 2,500	☐	☐	☐	☐
USD 5,000	☐	☐	☐	☐
USD 10,000	☐	☐	☐	☐
USD 15,000	☐	☐	☐	☐
Out-Patient Per Visit Excess Option Opsi Biaya Risiko Sendiri per Kunjungan Rawat Jalan				
USD 25	N/A	☐	☐	☐
USD 15	N/A	☐	☐	☐

(iii) Additional options | (iii) Pilihan Tambahan

	Essential	Advance	Excel	Apex
USA elective Treatment ^ Perawatan elektif di Amerika Serikat ^	☐	☐	☐	☐
Medical history disregarded (compulsory Group Plans 10+ employees only) <i>Pengabaian Riwayat Kesehatan (Hanya untuk Polis Grup wajib 10+ karyawan)</i>	☐	☐	☐	☐
Extended Evacuation and Repatriation Option – <i>Pilihan Perluasan Evakuasi Medis dan Pemulangan –</i>	☐	☐	☐	☐
Hospital room restriction in Indonesia and Singapore <i>Pembatasan Kamar Rumah Sakit di Indonesia dan Singapura</i>	☐	☐	☐	☐
Out-Patient Charges <i>Biaya Rawat Jalan</i>	☐	N/A	N/A	N/A
Out-Patient Charges – Option 2 <i>Biaya Rawat Jalan – Pilihan 2</i>	☐	N/A	N/A	N/A
Out-Patient Charges – Option 3 <i>Biaya Rawat Jalan – Pilihan 3</i>	☐ [∞]	N/A	N/A	N/A
10% Co-Insurance on Out-Patient Treatment 10% Ko-Asuransi biaya Rawat Jalan	☐ *	☐	☐	☐
20% Co-Insurance on Out-Patient Treatment 20% Ko-Asuransi biaya Rawat Jalan	☐ *	☐	☐	☐
Wellness, optical Benefits and Vaccinations [∅] (compulsory Group Plans 3+ employees only) <i>Pemeriksaan Kesehatan Rutin, Optik, Vaksinasi [∅] (Hanya untuk Polis grup wajib 3+ karyawan)</i>	☐	☐	☐	☐
Wellness, optical Benefits and Vaccinations – option 2 (compulsory Group Plans 3+ employees only) <i>Pemeriksaan Kesehatan Rutin, Optik, Vaksinasi – Pilihan 2 (Hanya untuk Polis grup wajib 3+ karyawan)</i>	N/A	☐	☐	☐
Wellness and Vaccinations – option 3 [∅] (compulsory Group Plans 3+ employees only) <i>Pemeriksaan Kesehatan Rutin, Vaksinasi – Pilihan 3 [∅] (Hanya untuk Polis grup wajib 3+ karyawan)</i>	☐	☐	☐	☐
Routine maternity cover for Group Plan option (compulsory Group Plans 10+ employees only) <i>Pilihan Manfaat Persalinan untuk Polis Grup (Hanya untuk Polis Grup wajib 10+ karyawan)</i>	N/A	☐	☐	Already covered Sudah ditanggung
Routine maternity cover with 20% Co-Insurance for Group Plan option (compulsory Group Plans 10+ employees only) <i>Pilihan Manfaat Persalinan untuk Polis Grup dengan Ko-Asuransi 20% (hanya untuk Polis Grup wajib 10+ karyawan)</i>	N/A	☐	☐	Already covered Sudah ditanggung
Dental cover for Group Plan option (compulsory Group Plans 10+ employees only) Perawatan gigi untuk Polis Grup (hanya untuk Polis Grup wajib 10+ karyawan)	☐ #	☐	Already covered Sudah ditanggung	Already covered Sudah ditanggung
Removal of Maternity <i>Penghapusan Persalinan</i>	N/A	N/A	N/A	☐
Removal of Dental Co-Insurance <i>Penghapusan Ko-Asuransi Perawatan Gigi</i>	N/A	☐	☐	☐

* 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 or **Out-Patient** Charges Option 2.

* Harap dicatat pada WorldCare Essential, suatu **Ko-Asuransi Pengobatan Rawat Jalan** hanya bisa diambil jika **Anda** memilih opsi **Biaya Rawat Jalan** atau **Biaya Rawat Jalan – Opsi 2**

[∞] No **Out-Patient Co-Insurance** Option and **Out-Patient Per Visit Excess** Option is allowed for WorldCare Essential with **Out-Patient** Charges – Option 3 as **Out-Patient** Charges – Option 3 on WorldCare Essential is subject to default USD 25 **Out-Patient Per Visit Excess**.

[∞] Tidak ada opsi **Ko-Asuransi Rawat Jalan** dan opsi **Biaya Resiko Sendiri Per Kunjungan Rawat Jalan** yang diizinkan pada WorldCare Essential dengan **Biaya Rawat Jalan – Opsi 3**, karena **Biaya Rawat Jalan – Opsi 3** pada WorldCare Essential telah dikenakan USD 25 **Biaya Resiko Sendiri Per Kunjungan Rawat Jalan**.

Dental Care can only be taken on WorldCare Essential if **You** select an **Out-Patient** Charges or **Out-Patient** Charges – Option 2.

Perawatan Gigi hanya dapat di ambil pada WorldCare Essential apabila **Anda** memilih **Biaya Rawat Jalan** atau **Biaya Rawat Jalan – Opsi 2**.

^ US elective **Treatment** is not available if **You** selected an optional Regional Cover.

^ **Pengobatan elektif Amerika Serikat** tidak tersedia jika **Anda** memilih pertanggungan Regional opsional.

[∅] WorldCare Essential when **Out-Patient** Charges -Option 1 or 2 has been selected.

[∅] WorldCare Essential ketika **Biaya Rawat Jalan** opsi 1 atau 2 telah dipilih.

We provide regional cover according to **Your Country of Residence**.

Kami menyediakan pertanggungan regional sesuai dengan **Negara Tempat Tinggal Anda**.

	Essential	Advance	Excel	Apex
Regional Cover Options <i>Opsi pertanggungan regional</i>				
South East Asia (excluding Singapore) (Residents of South East Asia) Asia Tenggara (kecuali Singapura) (Penduduk Asia Tenggara)	☐	☐	☐	☐

US elective **Treatment** is not available if **You** selected an optional Regional Cover.

Pengobatan elektif Amerika Serikat tidak tersedia jika **Anda** memilih pertanggungan Regional opsional.

Section 6: Method and frequency of premium payment | *Bagian 6: 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. Please select the frequency and payment type **You** would like to pay **Your** premiums in. Please note that quarterly premiums have a 3% surcharge. * Semi-annually and quarterly premiums are offered to companies over 20 employees. *Harap diperhatikan bahwa 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. Silahkan pilih frekuensi pembayaran dan jenis pembayaran untuk premi **Anda**. Harap diperhatikan bahwa premi kuartalan dikenai biaya tambahan 3%.*

** Pembayaran premi semesteran dan kuartal dapat ditawarkan untuk perusahaan di atas 20 karyawan.*

	Annually <i>Tahunan</i>	Semi-annually* <i>Setengah-tahunan</i>	Quarterly* <i>Tiga Bulanan</i>	Monthly <i>Bulanan</i>
Bank transfer <i>Transfer Bank</i>	☐	☐	☐	N/A

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.

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

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

Section 7: Previous Medical Insurance | *Bagian 7: Asuransi Medis Sebelumnya*

Please complete this section if **You** have previously had private medical insurance for **Your** group members. Otherwise please go to section 8.

*Silahkan lengkapi bagian ini jika **Anda** sebelumnya telah memiliki asuransi kesehatan pribadi untuk peserta grup **Anda**. Jika tidak silahkan ke bagian 8.*

Policy no.: <i>Nomor Polis:</i>	Date cover expires/expired (dd/mm/yyyy): <i>Tanggal perlindungan berakhir (tgl/bln/thn):</i>	/	/
Name of Insurer: <i>Nama Perusahaan Asuransi:</i>			
The past three years' claims information (if available) must be provided for groups of 50+ members. <i>Informasi klaim tiga tahun terakhir (jika tersedia) harus disediakan untuk grup dengan 50+ peserta.</i>			

Section 8: Underwriting Options | Bagian 8: Pilihan Seleksi Risiko (Underwriting)

Full Medical Underwriting (FMU) Seleksi Risiko kesehatan secara Penuh	☐	Medical History Disregarded (MHD) Pengabaian Riwayat Kesehatan	☐
Continuous Transfer Terms (CTT) Ketentuan Perpindahan Berkelanjutan	☐		

Full Medical Underwriting (FMU) is the process where the **Underwriters** assess the declared details in deciding if any special terms apply. For FMU, all members (employees and **Eligible Dependants**) are required to complete a WorldCare application form for group (FMU) employees and send it to PT Sampo Insurance Indonesia by email to IndonesiaSales@now-health.com or fax it to +62 21 515 7639.

Medical History Disregarded (MHD) is when **We** may be able to cover **Your** employees without asking detailed questions about their medical history up-front.

MHD is available for compulsory groups of 10 or more members.

Continuous Transfer Terms (CTT) is when **You** are applying for one of **Our Group Plans** with **Benefits** similar to those of **Your** current policy and where the **Underwriters** assess the declared medical details and decide if **We** can offer **Your** members a Continuous transfer. All members (employees and **Eligible Dependants**) are required to complete a WorldCare application form for group (CTT) employees and send it to PT Sampo Insurance Indonesia by email to IndonesiaSales@now-health.com or fax it to +62 21 515 7639.

We need a full membership list as follows and it must include these details for each person to be covered (A template is available from www.now-health.com or by calling +62 21 2783 6900).

1. First name(s)
2. Family name
3. What do they like to be called?
(If **Your** employee's full name is John Andrew Smith, he might like to be called John or Mr Smith or Andy. **We** will address all correspondence to him in this way.)
4. Gender
5. Date of birth (dd/mm/yyyy)
6. Occupation
7. Employee category
8. **Entry Date** – first day of cover (dd/mm/yyyy)
9. **Country of Residence**
10. Nationality
11. Email address
12. Telephone no.
13. Relationship to primary insured
14. **Dependants** to be included
15. **Start Date** of employment (employees only) (dd/mm/yyyy)

Seleksi Risiko Medis Penuh (FMU) adalah proses di mana **Penanggung** menilai rincian yang diberikan untuk memutuskan apakah ada syarat-syarat khusus yang akan diberlakukan. Untuk FMU, semua peserta (karyawan dan **Tanggungan memenuhi syarat**) diminta untuk melengkapi formulir permohonan WorldCare untuk grup karyawan (FMU) dan mengirimkannya ke PT Sampo Insurance Indonesia melalui email ke IndonesiaSales@now-health.com atau fax ke +62 21 515 7639.

Pengabaian Riwayat Kesehatan (MHD) adalah ketika **Kami** mampu menanggung karyawan **Anda** tanpa menanyakan pertanyaan terinci tentang riwayat kesehatan sebelumnya. MHD tersedia untuk grup wajib dari 10 atau lebih karyawan.

Ketentuan Perpindahan Berkelanjutan (CTT) adalah ketika **Anda** mengajukan untuk salah satu **Polis Grup Kami** dengan **Manfaat** sejenis dengan **Polis Anda** saat ini dan di mana **Penanggung** menilai rincian medis yang dinyatakan dan memutuskan apakah **Kami** dapat menawarkan kepesertaan **Anda** dengan Perpindahan Berkelanjutan. Semua peserta (karyawan dan **Tanggungan memenuhi syarat**) diminta untuk melengkapi formulir permohonan WorldCare untuk grup karyawan (CTT) dan mengirimkannya ke PT Sampo Insurance Indonesia melalui email ke IndonesiaSales@now-health.com atau fax ke +62 21 515 7639.

Kami membutuhkan daftar peserta penuh sebagai berikut dan harus mencakup rincian untuk setiap orang yang akan ditanggung (Contoh tersedia di www.now-health.com atau dengan menghubungi +62 21 2783 6900).

1. Nama depan
2. Nama Keluarga
3. Apa nama panggilan mereka?
(Jika nama lengkap karyawan **Anda** adalah John Andrew Smith, ia mungkin ingin dipanggil John atau Mr Smith atau Andy. **Kami** akan membalas semua korespondensi kepadanya dengan cara ini.)
4. Jenis kelamin
5. Tanggal Lahir (tgl/bln/thn)
6. Pekerjaan
7. kategori karyawan
8. **Tanggal masuk** – hari pertama pertanggung (tgl/bln/thn)
9. **Negara tempat tinggal**
10. Kewarganegaraan
11. Alamat email
12. Nomor telepon
13. Hubungan dengan tertanggung utama
14. **Tanggungan** yang akan diikutsertakan
15. **Tanggal mulai** bekerja (karyawan saja) (tgl/bln/thn)

Section 9: Eligibility | Bagian 9 : Kriteria pemenuhan persyaratan

Please define the member category: | Silahkan tentukan kategori peserta:

Name of category e.g. directors, managers, general employees Nama kategori misalnya direktur, manajer, karyawan umum	All members Semua peserta	Number of members Jumlah peserta
	☐	
	☐	
	☐	
	☐	
	☐	

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Compulsory Wajib | ☐ | or <i>atau</i> | Voluntary Sukarela | ☐ |
| Employees only Karyawan saja | ☐ | or <i>atau</i> | Employees and Dependants Karyawan dan Tanggungan | ☐ |
| Expatriates Tenaga Kerja Asing | ☐ | and/or <i>dan/atau</i> | Local Nationals Warganegara setempat | ☐ |

If cover choices vary according to the job position and there are more than five employees for each level, please provide details.

For **Dependants** aged 18 and over **We** may require written confirmation from their place of study that they are in full-time education.

Jika pilihan pertanggungan bervariasi sesuai jabatan pekerjaan dan terdapat lebih dari lima karyawan untuk tiap level, silahkan berikan rincian.

Untuk **Tanggungan** berusia 18 tahun dan di atas 18 tahun, **Kami** mungkin memerlukan konfirmasi tertulis dari tempat belajarnya bahwa mereka sedang menempuh pendidikan penuh waktu.

Section 10: Important notes | Bagian 10: 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 **Group 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 **Group 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 Body Mass Indexes being within normal limits.**

Pre-Existing Medical Conditions (not applicable for MHD Groups)
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:

1. **You** have received **Treatment**, test or investigations for, been diagnosed with or been hospitalised for; or
2. **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 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.

By electing to participate in the Plan via online or other acceptance procedure, **You** are declaring that **You** agree with the data processing practices described herein. **You** also consent to the collection, processing and use of Personal Data (as defined under the applicable data protection law) by the Now Health group companies as well as the transfer of Personal Data to the third parties mentioned herein for the purpose of providing the services set out under the terms of this Plan. These third parties may be located in countries which may not be designated jurisdictions for data transfer as per applicable Data Protection Laws.

A parent or guardian should complete the consent for any member that is under the age of eighteen (18). If you accept the above, please sign, date and check the "I consent" box below which confirms that you have the prior and express consent of all persons to be covered pursuant to this application form, to submit this application on their behalf.

☐ I consent ☐ I do not consent

Now Health International may contact **You** with details of other products and services which may be of interest to **You**. **You** may be contacted by post, telephone or email if appropriate.

☐ I consent ☐ I do not consent

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 berlaku selama 30 hari yang tunduk pada rincian di atas yang tetap sama dan diterbitkan sesuai dengan syarat, ketentuan dan pengecualian **Polis Grup** 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 Grup** WorldCare **Anda**. Pertanggungan 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 telah didasarkan pada Body Mass Index Anda yang berada dalam batas normal.**

Kondisi Medis yang telah Ada (Tidak berlaku untuk Grup MHD – Pengabaian Riwayat Kesehatan) **Polis Grup 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:

1. **Anda** telah menerima **Perawatan**, tes atau pemeriksaan, telah mendapatkan diagnosa atau dirawat di rumah sakit; atau
2. **Anda** telah menderita atau mengalami gejala; apakah **Kondisi Medis** itu telah mendapatkan diagnosa atau tidak, pada setiap saat sebelum **Tanggal Mulai/Tanggal Masuk 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 penyesuaian risiko pertanggungan 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 ☐. **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.

Dengan memilih untuk berpartisipasi dalam Polis melalui online atau prosedur penerimaan lainnya, **Anda** menyatakan bahwa **Anda** setuju dengan praktik pemrosesan data yang dijelaskan disini. **Anda** juga menyetujui pengumpulan, pemrosesan dan penggunaan data pribadi (sebagaimana didefinisikan dalam hukum perlindungan data yang berlaku) oleh perusahaan grup Now Health serta pengalihan data pribadi kepada pihak ketiga yang disebutkan disini untuk tujuan menyediakan layanan yang ditetapkan dalam ketentuan Polis ini. Pihak ketiga ini mungkin berlokasi di negara-negara yang mungkin tidak ditetapkan sebagai yuridiksi untuk transfer data sesuai dengan Hukum Perlindungan Data yang berlaku.

Orang tua atau wali harus melengkapi persetujuan untuk peserta dibawah usia delapan belas tahun (18). Jika anda menyetujui hal ini, harap ditanda tangani, beri tanggal dan centeng kotak Saya setuju dibawah untuk konfirmasi bahwa anda memiliki persetujuan sebelumnya dan tegas dari semua orang yang akan ditanggung sesuai dengan formular aplikasi ini, untuk mengajukan aplikasi ini atas nama mereka

☐ Saya setuju ☐ Saya tidak setuju

Now Health Internasional akan menghubungi **Anda** dengan rincian produk-produk yang lain dan pelayanan yang mungkin menarik bagi **Anda**. **Anda** dapat dihubungi melalui pos, telepon atau email jika diperlukan

☐ Saya setuju ☐ Saya tidak setuju

Section 11: Declaration and authorisation | Bagian 11 : Pernyataan dan Otorisasi

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

I have received and read the **Benefit Schedule**, Terms and Conditions, Definitions, **Benefits** and exclusions of this **Group Plan**. I understand that the Application Form, Group Agreement, **Certificate of Insurance**, **Benefit Schedule** and the Members' Handbook incorporating the **Group Plan** terms and conditions make up the contract between **Us** and all form part of the **Group 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 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**.
- 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 **Group Plan**
 - language of the **Group Plan** and **Our** service
 - compensation arrangements
 - Plans** are underwritten by PT Sampo Insurance Indonesia in association with Now Health International
- I have consent from all those covered under this **Group Plan** to administer policy additions and deletions and review claim payment reports on their behalf.
- I agree that where medical **Treatment** is received within the provider network by the members or any of the **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 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 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 **Group Plan** and **Group** Agreement.

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

Saya telah menerima dan membaca **Ikhtisar Manfaat**, Syarat dan Ketentuan, Definisi, **Manfaat** dan pengecualian **Polis Group** ini. Saya mengerti bahwa Formulir permohonan, Perjanjian Grup, **Sertifikat Polis Asuransi**, **Ikhtisar Manfaat** dan Buku Panduan peserta yang mencakup syarat dan ketentuan **Polis Grup**, membentuk kontrak antara **Kami** dan semua pihak Perjanjian **Polis Grup**. 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 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**.
- Saya menyatakan bahwa saya telah membaca dan memahami 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 Grup**
 - Bahasa **Polis Grup** dan layanan **Kami**
 - Penyusunan kompensasi
 - Polis** ini ditanggung oleh PT Sampo Insurance Indonesia dalam asosiasi dengan Now Health International
- Saya mendapat persetujuan dari semua orang yang ditanggung dengan **Polis Grup** ini untuk mengurus penambahan dan penghapusan dan meninjau laporan pembayaran klaim atas nama mereka.
- Saya setuju bahwa bila **Perawatan** medis diterima di jaringan penyedia oleh saya atau salah satu **Tanggung jawab** 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 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 telah membaca catatan penting.
- Saya setuju dengan pernyataan di atas dan memahami bahwa pertanggung jawaban yang diberikan sesuai dengan syarat dan ketentuan dari **Polis Grup** WorldCare dan Perjanjian **Polis Grup**.

Signature (Authorised person/Plan Administrator):
Tanda tangan (Pihak berwenang/Administrator Polis):

Date (dd/mm/yyyy):
Tanggal (tg/bn/thn):

/ /

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

Date (dd/mm/yyyy):
Tanggal (tg/bn/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.