

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>	

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 **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 **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. **You** can also scan and email it 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 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.

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 pindai 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.

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 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?

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?

Yes | Ya ☐ No | Tidak ☐

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 **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.)

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 kami – Pengaturan pengiriman dokumen Anda



You can use **Your** secure online portfolio to view and download **Your Plan** documents, including **Your Certificate of Insurance**.
Anda dapat menggunakan portofolio online aman **Anda** untuk melihat dan mengunduh dokumen **Polis Anda**, termasuk **Sertifikat Asuransi Anda**.



You can use **Your** secure online portfolio to download **Your** virtual membership card.
Anda dapat menggunakan portofolio online aman **Anda** untuk mengunduh kartu keanggotaan **Anda**.



Add **Your** membership card to **Your** smartphone wallet.
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 SimpleCare **Benefit Schedule**. Please indicate **Your Group Plan** choice, **Deductible**, **Out-Patient** option, and any additional options.

Untuk informasi terperinci tentang pilihan **Polis Grup** yang tersedia, silakan lihat **Ikhtisar Manfaat** SimpleCare. Silakan tunjukkan pilihan **Polis Grup** Anda, **Risiko Sendiri**, **Opsi Rawat Jalan**, dan semua pilihan tambahan

5.1 Choice of Group Plan | Pilihan Polis Grup

Benefit Manfaat	SimpleCare CORE	SimpleCare 100	SimpleCare 250
Annual Maximum Plan Limit Batas Polis Maksimal Tahunan	USD 1,000,000	USD 1,500,000	USD 1,500,000
Geographical Area of Cover Default Standar Wilayah Geografis Pertanggungan			
Area of Cover: South East Asia (excluding Singapore) Wilayah Pertanggungan: Asia Tenggara (tidak termasuk Singapura)			
In-Patient and Day-Patient care <i>Pasien Rawat Inap dan Rawat Sehari</i>	▶	▶	▶
Day-Patient or Out-Patient surgery <i>Operasi dengan Rawat Sehari atau Rawat Jalan</i>	▶	▶	▶
Cancer Treatment <i>Perawatan kanker</i>	▶	▶	▶
Organ Transplant <i>Transplantasi Organ</i>	▶	▶	▶
Congenital cover <i>Kelainan Bawaan</i>	▶	▶	▶
Rehabilitation <i>Rehabilitasi</i>	▶	▶	▶
Evacuation and Repatriation <i>Evakuasi dan Pemulangan Jenazah</i>	▶	▶	▶
Out-Patient fees <i>Biaya Rawat Jalan</i>	▶	▶	▶
Dental Treatment <i>Perawatan Gigi</i>	▶	▶	▶
Please Choose <i>Silakan Pilih</i>	○	○	○

▶ Full refund | Pengembalian penuh

▶ Not covered | Tidak ditanggung

▶ Limited cover | Pertanggungan terbatas

5.2 Geographical Area of Cover Option Pilihan Wilayah Geografis Pertanggungan

	SimpleCare CORE	SimpleCare 100	SimpleCare 250
Area of Cover: Worldwide Excluding USA <i>Wilayah Pertanggungan: Seluruh Dunia Kecuali AS</i>	○	○	○

5.3 Group Plan Deductible* | Risiko Sendiri Polis Grup*

	SimpleCare CORE	SimpleCare 100	SimpleCare 250
Standard Deductible <i>Risiko Sendiri Standar</i>	Nil <i>Nihil</i>	Nil <i>Nihil</i>	Nil <i>Nihil</i>
Optional Deductible <i>Risiko Sendiri Opsional</i>			
USD 150	○	○	○
USD 250	○	○	○
USD 500	○	○	○
USD 1,000	○	○	○
USD 2,500	○	○	○
USD 5,000	○	○	○
USD 10,000	○	○	○
USD 15,000	○	○	○

* 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**.

USD 10,000 or USD 15,000 **Deductible** is only available if **You** are covered by more than one health insurance policy. **You** can only select such **Deductible** options if **You** buy this **Group Plan** as a **Secondary Health Insurance Plan**.

* Jika **Anda** ingin mengubah dari **Risiko Sendiri** Standar ke salah satu pilihan lain, centang kotak yang sesuai. Harap diperhatikan bahwa **Risiko Sendiri Polis Grup** berlaku untuk **Perawatan Pasien Rawat Inap dan Rawat Sehari** per **Orang Tertanggung**, per **Periode Pertanggungan**.

Risiko Sendiri USD 10.000 atau USD 15.000 hanya tersedia jika **Anda** dilindungi oleh lebih dari satu polis asuransi kesehatan. **Anda** hanya dapat memilih pilihan Risiko Sendiri tersebut jika **Anda** membeli **Polis Grup** ini sebagai **Polis Asuransi Kesehatan Sekunder**.

5.4 Out-Patient options** Opsi Rawat Jalan**	SimpleCare CORE	SimpleCare 100	SimpleCare 250
20% Co-Insurance Out-Patient Treatment 20% Opsi Pengobatan Rawat Jalan Ko-Asuransi	N/A	☐	☐

** Please note that **Out-Patient** Option can only be taken if **You** select a **Deductible** option of USD 500 or lower.

** Harap dicatat bahwa Opsi **Rawat Jalan** hanya dapat diambil jika **Anda** memilih opsi **Risiko Sendiri** USD 500 atau lebih rendah.

5.5 Additional Options Pilihan Tambahan	SimpleCare CORE	SimpleCare 100	SimpleCare 250
Removal of Drugs and Dressings Limit (for compulsory Group Plans 3+ employees) Penghapusan Batas Obat-obatan dan Perban (untuk Polis Grup wajib 3+ karyawan)	N/A	N/A	☐
Wellness & Vaccinations - Option 1 # (combined limit up to USD 150) (for compulsory Group Plans 3+ employees) Kesehatan & Vaksinasi - Pilihan 1 # (batas gabungan hingga USD 150) (untuk Polis Grup wajib 3+ karyawan)	N/A	☐	☐
Wellness & Vaccinations - Option 2 # (combined limit up to USD 250) (for compulsory Group Plans 3+ employees) Kesehatan & Vaksinasi - Pilihan 2 # (batas gabungan hingga USD 250) (untuk Polis Grup wajib 3+ karyawan)	N/A	☐	☐
Maternity - Option 1 (Normal Pregnancy and Childbirth up to USD 5,000) (for compulsory Group Plans 10+ employees) Persalinan - Pilihan 1 (Persalinan dan Kelahiran Normal hingga USD 5.000) (untuk Polis Grup wajib 10+ karyawan)	N/A	☐	☐
Maternity - Option 2 (Normal Pregnancy and Childbirth up to USD 7,000) (for compulsory Group Plans 10+ employees) Persalinan - Pilihan 2 (Persalinan dan Kelahiran Normal hingga USD 7.000) (untuk Polis Grup wajib 10+ karyawan)	N/A	☐	☐

Please note Wellness & Vaccinations options can only be taken if **You** select a **Deductible** option of USD 500 or lower.

Harap diperhatikan bahwa pilihan Kesehatan & Vaksinasi hanya dapat diambil jika **Anda** memilih pilihan **Risiko Sendiri** sebesar USD 500 atau lebih rendah.

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 pertanggungjawaban dapat dimulai. Silakan 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 Tahunan	Semi-annually* Setengah-tahunan	Quarterly* Tiga Bulanan	Monthly Bulanan
Bank transfer Transfer Bank	☐	☐	☐	N/A

Bank transfer: Please make sure **You** tell **Us** **Your** 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 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 7: Medical Insurance Details | *Rincian Asuransi Kesehatan*

7.1 Do You currently provide private medical insurance for Your group members? If yes, please give details below: <i>Apakah Anda saat ini memberikan asuransi kesehatan pribadi untuk anggota grup Anda? Jika ya, harap berikan rincian di bawah ini:</i>		Yes Ya ☐ No Tidak ☐
Policy no.: <i>No. polis:</i>	Date cover expires/expired (dd/mm/yyyy): <i>Tanggal berakhir pertanggungan (tgl/bln/thn):</i>	/ /
Name of Insurer: <i>Nama Penanggung :</i>		
7.2 Do You intend to continue with the existing insurance? <i>Apakah Anda berniat melanjutkan dengan asuransi yang ada?</i>		Yes Ya ☐ No Tidak ☐
7.3 Do You intend to buy this Group Plan as a Secondary Health Insurance Plan for Your group members? <i>Apakah Anda berniat membeli Polis Grup ini sebagai Polis Asuransi Kesehatan Sekunder untuk anggota grup Anda?</i>		Yes Ya ☐ No Tidak ☐
If You buy this Group Plan as a Secondary Health Insurance Plan, You must provide a copy of the Certificate of Insurance of Your Group members' Primary Health Insurance policy. If You have more than one health insurance policy, this Group Plan will be the health insurance policy that pays last. <i>Jika Anda membeli Polis Grup ini sebagai Polis Asuransi Kesehatan Sekunder, Anda harus memberikan salinan Sertifikat Asuransi polis Asuransi Kesehatan Primer anggota Grup Anda. Jika Anda memiliki lebih dari satu polis asuransi kesehatan, Polis Grup ini akan menjadi polis asuransi kesehatan yang berlaku terakhir.</i>		

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

Full Medical Underwriting (FMU) ☐ <i>Seleksi Risiko Kesehatan Penuh</i>	Capped Cover ☐ (for compulsory Group Plans 5 to 19 employees) <i>Pertanggungan Terbatas (untuk Polis Grup wajib 5 hingga 19 karyawan)</i>	Medical History Disregarded (MHD) ☐ (for compulsory Group Plans 10+ employees) <i>Pengabaian Riwayat Kesehatan (untuk Polis Grup wajib 10+ karyawan)</i>
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 SimpleCare application form for group employees and send it to PT Sampo Insurance Indonesia by email to IndonesiaSales@now-health.com or fax it to +62 21 515 7639. Capped Cover is the process where the Underwriters assess the declared medical details and decide if We can offer Your members limited cover for a declared pre-existing Medical Condition after the Waiting Period has been fulfilled. All members (employees and Eligible Dependants) are required to complete a SimpleCare application form for group 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 employees. 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? <i>(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.)</i> 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)	<i>Seleksi Risiko Kesehatan 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 yang Memenuhi Syarat) diminta untuk melengkapi formulir permohonan SimpleCare untuk karyawan grup dan mengirimkannya ke PT Sampo Insurance Indonesia melalui email ke IndonesiaSales@now-health.com atau faks ke +62 21 515 7639.</i> <i>Pertanggungan Terbatas adalah proses di mana Penanggung menilai rincian kesehatan yang diberikan dan memutuskan apakah Kami dapat menawarkan pertanggungan terbatas kepada anggota Anda atas pernyataan Kondisi Kesehatan yang sudah ada sebelumnya setelah Masa Tunggu terpenuhi. Semua anggota (karyawan dan Tanggungan yang Memenuhi Syarat) diminta untuk melengkapi formulir permohonan SimpleCare untuk karyawan grup dan mengirimkannya ke PT Sampo Insurance Indonesia melalui email ke IndonesiaSales@now-health.com atau faks ke +62 21 515 7639.</i> <i>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 karyawan atau lebih.</i> <i>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).</i> 1. Nama depan 2. Nama Keluarga 3. Apa nama panggilan mereka? <i>(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.)</i> 4. Jenis kelamin 5. Tanggal Lahir (tgl/bln/thn) 6. Pekerjaan 7. kategori karyawan 8. Tanggal masuk – hari pertama pertanggungan (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: Group Medical Declaration | *Bagian 9: Pernyataan Kesehatan Grup*

9.1 Please complete this section if you currently provide or have provided medical insurance previously to **Your Group** members.
Otherwise, please go to Section 9.2.

*Silakan lengkapi bagian ini jika Anda saat ini memberikan atau telah memberikan asuransi kesehatan sebelumnya kepada anggota **Grup Anda**.
Jika tidak, silakan ke Bagian 9.2.*

Details of any claims over USD 20,000 for any one **Medical Condition** in the last three years:
*Rincian klaim lebih dari USD 20,000 untuk satu **Kondisi Kesehatan** dalam tiga tahun terakhir:*

9.2 Details of any planned **Treatment** for cancer, heart surgery, **In-Patient** psychiatric conditions, congenital conditions, renal failure or back surgery:
*Rincian rencana **Perawatan** untuk kanker, operasi jantung, kondisi kejiwaan pasien inap, kondisi bawaan, gagal ginjal, atau operasi punggung:*

Please note: If a **Medical Condition** is declared, **We** reserve the right to review **Our** terms.
*Harap dicatat: Jika **Kondisi Kesehatan** dinyatakan, **Kami** berhak untuk meninjau persyaratan **Kami**.*

Section 10: Eligibility | *Bagian 10 : Kriteria pemenuhan persyaratan*

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

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

Compulsory <i>Wajib</i>	☐	or <i>atau</i>	Voluntary <i>Sukarela</i>	☐	Start Date for New Employees: <i>Tanggal Mulai untuk Karyawan Baru:</i>
Employees only <i>Karyawan saja</i>	☐	or <i>atau</i>	Employees and Dependants <i>Karyawan dan Tanggung</i>	☐	☐ First date of employment <i>Tanggal pertama bekerja</i>
Expatriates <i>Tenaga Kerja Asing</i>	☐	and/or <i>dan/atau</i>	Local Nationals <i>Warganegara setempat</i>	☐	☐ After _____ month(s) probation period <i>Setelah masa percobaan _____ bulan</i>

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 between 18 to 28 **We** may require written confirmation from their place of study that they are in full-time education.
If **We** have accepted the **Group Plan** on the basis that it is compulsory group and subsequently find out that the **Group Plan** is on a voluntary basis; **We** reserve the right to adjust the premium.

*Jika pilihan pertanggungbanaan bervariasi sesuai jabatan pekerjaan dan terdapat lebih dari lima karyawan untuk tiap level, silakan berikan rinciannya.
Untuk **Tanggung** berusia antara 18 hingga 28 tahun, **Kami** mungkin memerlukan konfirmasi tertulis dari tempat belajarnya bahwa mereka sedang menempuh pendidikan penuh waktu.
Jika **Kami** telah menerima **Polis Grup** atas dasar bahwa ini adalah grup wajib dan kemudian mengetahui bahwa **Polis Grup** adalah atas dasar sukarela; **Kami** berhak untuk menyesuaikan premi.*

Section 11: Important notes | *Bagian 11: 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 **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** SimpleCare **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.

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.

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 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 Grup SimpleCare 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**. Silakan 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.

Catatan penting: Kami menganggap hak di atas sebagai praktik terbaik tetapi persyaratan hukum mungkin berbeda di negara tempat Anda tinggal. Harap 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, silakan 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 yurisdiksi 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 12: Declaration and authorisation | Bagian 12: Pernyataan dan Otorisasi

I hereby apply for cover on behalf of all the persons named in this application form for a SimpleCare **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 Group Agreement 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 **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 SimpleCare **Group Plan** and **Group Agreement**.

Dengan ini saya mengajukan permohonan pertanggungan atas nama semua orang yang tercantum dalam Formulir permohonan ini untuk **Polis Group SimpleCare** 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 pertanggungan 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 pertanggungan, 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 Perjanjian Kelompok 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 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** 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
- 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 pertanggungan yang diberikan sesuai dengan syarat dan ketentuan dari **Polis Grup SimpleCare** dan Perjanjian **Polis Grup**.

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

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.