

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>	

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1 Name of Planholder | Nama Pemegang Polis

First name(s):
Nama Depan:

Family name:
Nama Keluarga:

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

(If **Your** full name is John Andrew Smith, **You** might like to be called John or Mr Smith or Andy. **We** will address all correspondence to **You** in this way.)

(Jika nama lengkap **Anda** adalah John Andrew Smith, **Anda** mungkin ingin dipanggil John atau Mr Smith atau Andy. **Kami** akan membalas semua surat untuk **Anda** dengan cara ini)

2.2 Planholder details | Rincian Pemegang Polis

Address:
Alamat:

Email address:
Alamat email:

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

Is this **Your** ☐ Mobile ☐ Home ☐ Work
Keterangan HP Rumah Tmpt Kerja

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

Gender: ☐ Male ☐ Female
Jenis Kelamin: Laki-laki Perempuan

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

Country of Residence:
Negara tempat tinggal:

Nationality:
Kewarganegaraan:

Height (cm/ft):
Tinggi (cm/ft):

Weight (kg/lbs):
Berat badan (kg/lbs):

Occupation:
Pekerjaan:

Occupation industry:
Bidang Pekerjaan:

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

Yes | Ya ☐ No | Tidak ☐

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

2.3 Spouse and Dependant details | Rincian tanggungan dan pasangan

Spouse details | Rincian pasangan

First name(s):
Nama Depan:

Family name:
Nama Keluarga:

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

Gender: ☐ Male ☐ Female
Jenis Kelamin: Laki-laki Perempuan

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

Country of Residence:
Negara tempat tinggal:

Nationality:
Kewarganegaraan:

Height (cm/ft):
Tinggi (cm/ft):

Weight (kg/lbs):
Berat badan (kg/lbs):

Occupation:
Pekerjaan:

Occupation industry:
Bidang Pekerjaan:

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

2.4 Health declaration | Pernyataan kesehatan

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

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

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

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

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

Additional information | Informasi Tambahan

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

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

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

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

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

2.5 Doctor's contact details | *Rincian kontak dokter*

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

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

Medical Practitioner's details | *Rincian Praktisi Medis*

Name:

Nama:

Telephone number:

Nomor telepon:

Address:

Alamat:

Date of last attendance and reason:

Tanggal kontrol terakhir dan alasannya:

2.6 Claim reimbursement method | *Cara penggantian biaya klaim*

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

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

For bank transfer | *Untuk transfer bank*

Account/payee name:

Akun>Nama Penerima:

Payment currency:

Mata Uang Pembayaran:

Name of bank:

Nama Bank:

Bank code:

Kode Bank:

Branch code:

Kode Cabang:

Branch address & country:

Alamat cabang & Negara:

Bank account currency:

Mata uang rekening bank:

IBAN no:

Kode Rekening Bank Internasional:

Account no:

Nomor Rekening:

Routing code:

Kode Routing:

Local banking code:

Kode rekening lokal:

Swift code:

Kode swift:

Any other relevant information:

Informasi lain yang bersangkutan:

Section 3: Start Date | *Bagian 3: Tanggal mulai*

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

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

/

/

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

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

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: Plan Options | Bagian 5: Pilihan Polis

For detailed information about the **Plan** choices available, please refer to SimpleCare **Benefit Schedule**. Please indicate **Your Plan** choice, **Geographical Area of Cover** options, **Deductible** and **Out-Patient** option.

Untuk informasi terperinci tentang pilihan **Polis** yang tersedia, silakan lihat **Ikhtisar Manfaat** SimpleCare. Silakan tunjukkan pilihan **Polis Anda**, Pilihan **Wilayah Geografis Pertanggungan**, **Risiko Sendiri** dan **Opsi Rawat Jalan**.

5.1 Choice of 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 Perawatan kanker	▶	▶	▶
Organ Transplant Transplantasi Organ	▶	▶	▶
Congenital cover Kelainan Bawaan	▶	▶	▶
Rehabilitation Rehabilitasi	▶	▶	▶
Evacuation and Repatriation Evakuasi dan Pemulangan Jenazah	▶	▶	▶
Out-Patient fees Biaya Rawat Jalan	▶	▶	▶
Dental Treatment Perawatan Gigi	▶	▶	▶
Please Choose Silakan Pilih	○	○	○

▶ 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 Plan Deductible* | Risiko Sendiri Polis*

	SimpleCare CORE	SimpleCare 100	SimpleCare 250
Standard Deductible Risiko Sendiri Standar	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	○	○	○

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

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 **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** 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 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.

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 and monthly premiums have a 5% surcharge.

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 kwartalan dikenai biaya tambahan 3% dan premi bulanan dikenai biaya tambahan 5%.

	Annually Tahunan	Semi-annually Setengah-tahunan	Quarterly Tiga Bulanan	Monthly Bulanan
Credit card Kartu kredit	○	○	○	○
Bank transfer Transfer Bank	○	N/A	N/A	N/A

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Data Privacy

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

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

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

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

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

Premi yang ditawarkan telah dihitung berdasarkan usia masing-masing orang pada tanggal penawaran. Premi dapat berubah jika usia seseorang bertambah sebelum **Tanggal Mulai** sebenarnya dari **Polis** SimpleCare **Anda**. 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 ini didasarkan pada Body Mass Index Anda yang berada dalam batas normal.

Privasi Data

Kami mengumpulkan informasi pribadi tentang **Anda** dan **Tanggungan Anda** (termasuk kesehatan, rekening bank dan pekerjaan) dalam hal untuk mempertimbangkan permohonan **Anda** dan, jika **Polis** diterbitkan untuk **Anda**, menjalankan hubungan **Kami** dengan **Anda**. Informasi ini akan diproses untuk tujuan penjaminan 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 ini ☐. **Anda** dapat memilih keluar dari pemasaran dimasa mendatang dengan menghubungi **Kami** setiap saat. Daftar perusahaan grup Now Health International, rincian kontak mereka dan Kebijakan Data Privasi **Kami** tersedia di www.now-health.com.

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

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

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

- I declare that the information given in this application is true and that disclosure in respect of each person included in this application is complete, even if some of the information provided is not in my own handwriting. I understand it is unlawful for me or my **Dependants** to knowingly provide false, incomplete or misleading facts or information to PT Sampo Insurance Indonesia for the purpose of defrauding or attempting to defraud PT Sampo Insurance Indonesia. Penalties may include imprisonment, fines, denial of coverage, rescission of **Benefits** and legal damages.
- I understand that I must notify PT Sampo Insurance Indonesia of any changes in the facts contained in this application form, such as a change in the state of health of any person named in it, before the latest of either written acceptance, payment of premium or the **Start Date**.
- For the purpose of this application I authorise any doctor who has ever treated or advised any of the persons named in this application to provide PT Sampo Insurance Indonesia with any information they may require in connection with **Treatment** related to any claim under this **Plan**. I have discussed the terms of this authorisation with my partner and competent adult **Dependants**, and I have obtained their consent to the release of their healthcare information pursuant to this authorisation.
- I declare that I have read and understood the Members' Handbook which contains Product Information and Key Product Provisions, details of my rights and **Your** obligations to me:
 - cancellation and termination rights
 - complaints procedures
 - law and jurisdiction of the **Plan**
 - language of the **Plan** and **Our** service
 - compensation arrangements
 - Plans** are underwritten by PT Sampo Insurance Indonesia in association with Now Health International
- I understand that PT Sampo Insurance Indonesia cannot be liable and therefore will not pay claims if my **Plan** is lapsed should PT Sampo Insurance Indonesia be unable to collect my premium for whatever reason and I do not provide PT Sampo Insurance Indonesia with an alternate method of payment within seven days of PT Sampo Insurance Indonesia request for alternative methods of payment.
- I agree that where medical **Treatment** is received within the provider network by me or any of my **Dependants** and, except where previously agreed by PT Sampo Insurance Indonesia, it is determined that the **Treatment** or **Medical Condition** is not refundable within the terms and conditions of the **Plan**, I agree that I am liable to PT Sampo Insurance Indonesia for all claims settled for such medical **Treatment** in connection with any non-covered claim.
- I understand and confirm that where I have not repaid funds disbursed in good faith by PT Sampo Insurance Indonesia in respect of non-covered medical **Treatment**, valid claims may be offset against outstanding funds due to PT Sampo Insurance Indonesia and/or my **Plan** may be suspended until the outstanding amounts have been settled in full.
- I have consent from all my dependants covered under the **Plan** to administer additions and deletions and review claim payment reports on their behalf.
- I acknowledge that if it is determined by PT Sampo Insurance Indonesia that a claim was fraudulent my **Plan** may be terminated with immediate effect.
- I have read the important notes.
- I agree to the declaration above and understand that cover is provided in accordance with the terms and conditions of the SimpleCare **Plan**.

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

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

- Saya menyatakan bahwa informasi yang diberikan dalam permohonan ini adalah benar dan bahwa pengungkapan atas setiap orang yang tertera dalam formulir ini sudah lengkap, meski beberapa informasi yang diberikan tidak dalam bentuk tulisan tangan saya sendiri. Saya mengerti merupakan pelanggaran hukum bagi saya atau **Tanggunggan** 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 pertanggunggunaan, 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**.
- Untuk tujuan permohonan ini saya memberi kuasa kepada setiap dokter yang pernah merawat atau menasehati salah satu orang yang tercantum dalam permohonan ini untuk memberikan kepada PT Sampo Insurance Indonesia segala informasi yang mungkin mereka perlukan sehubungan dengan **Perawatan** yang terkait dengan klaim berdasarkan **Polis** ini. Saya telah membahas syarat-syarat pemberian kewenangan ini dengan pasangan saya dan **Tanggunggan** dewasa yang kompeten, dan saya telah memperoleh persetujuan mereka untuk mengungkapkan informasi perawatan kesehatan mereka berdasarkan kewenangan ini.
- Saya menyatakan bahwa saya telah membaca dan memahami Buklet "Panduan Asuransi Kesehatan **Anda**", dan Buku Panduan Peserta yang berisi Informasi Produk dan Ketentuan-Ketentuan Kunci Produk, rincian hak saya dan kewajiban **Anda** kepada saya:
 - Hak pembatalan dan pemutusan
 - Prosedur Keluhan
 - Hukum dan yurisdiksi **Polis**
 - Bahasa **Polis** dan layanan **Kami**
 - Penyusunan kompensasi
 - Polis** ini ditanggung oleh PT Sampo Insurance Indonesia dalam asosiasi dengan Now Health International
- Saya memahami bahwa PT Sampo Insurance Indonesia tidak bertanggung jawab atas dan karena itu tidak akan membayar klaim jika **Polis** saya kadaluarsa sehingga PT Sampo Insurance Indonesia tidak dapat menagih premi saya untuk alasan apapun dan saya tidak memberi PT Sampo Insurance Indonesia metode pembayaran alternatif dalam waktu tujuh hari dari permintaan PT Sampo Insurance Indonesia untuk metode pembayaran alternatif.
- Saya setuju bahwa bila **Perawatan** medis diterima di jaringan penyedia oleh saya atau salah satu **Tanggunggan** saya dan, kecuali telah disepakati sebelumnya oleh PT Sampo Insurance Indonesia, ditetapkan bahwa dana untuk **Perawatan** atau **Kondisi Medis** itu tidak dapat dikembalikan menurut syarat dan ketentuan **Polis**, maka saya setuju bahwa saya bertanggung jawab kepada PT Sampo Insurance Indonesia untuk semua klaim yang diselesaikan untuk **Perawatan** medis tersebut yang terkait dengan klaim yang tidak ditanggung.
- Saya memahami dan menkonfirmasi bahwa bila saya belum melunasi dana yang dicairkan dengan itikad baik oleh PT Sampo Insurance Indonesia sehubungan **Perawatan** medis yang tidak ditanggung, klaim yang berlaku dapat diganti rugi dengan dana terutang pada PT Sampo Insurance Indonesia dan/atau **Polis** saya dapat ditangguhkan hingga jumlah terutang telah dilunasi sepenuhnya.
- Saya mendapat persetujuan dari semua tanggungan saya yang ditanggung dengan **Polis** ini untuk mengurus penambahan dan penghapusan dan meninjau laporan pembayaran klaim atas nama mereka.
- Saya menyatakan bahwa jika ditetapkan oleh PT Sampo Insurance Indonesia bahwa klaim itu tidak benar, maka **Polis** saya dapat diakhiri dengan segera.
- Saya telah membaca catatan penting.
- Saya setuju dengan pernyataan di atas dan memahami bahwa pertanggunggunaan yang diberikan sesuai dengan syarat dan ketentuan dari **Polis** SimpleCare.

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

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

/ /

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

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

/ /

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

Polis ini diseleksi risiko dan diterbitkan oleh PT Sampo Insurance Indonesia dalam asosiasi dengan Now Health International. Anak perusahaan Now Health International adalah PT Now Health International Indonesia yang memberikan saran konsultasi manajemen untuk Asuransi Kesehatan Internasional kepada PT Sampo Insurance Indonesia. Kunjungi www.sampo.co.id untuk mengetahui lebih banyak mengenai PT Sampo Insurance Indonesia.