

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>	

Please complete this form using BLOCK CAPITALS.

Full medical underwriting (FMU) is the process whereby the **Underwriters** assess the declared details in deciding if any special terms apply.

All employees and **Eligible Dependants** must complete an application form and send it to PT Sampo Insurance Indonesia by email to IndonesiaService@now-health.com or fax it to +62 21 515 7639.

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.

Please enclose any medical reports or test results with **Your** application. **You** may be required to complete a further medical questionnaire if **We** need more information. All information will be treated in strict confidence.

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

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

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 IndonesiaService@now-health.com or fax it to +62 21 515 7639.

Silakan isi formulir ini menggunakan HURUF BESAR.

Seleksi Risiko Penuh (FMU) adalah proses di mana **Penanggung** menilai rincian pernyataan untuk memutuskan apakah akan memberlakukan suatu persyaratan khusus.

Semua karyawan dan **Tanggung yang Memenuhi Syarat** harus melengkapi formulir permohonan dan mengirimkannya ke PT Sampo Insurance Indonesia melalui email di IndonesiaService@now-health.com atau faks ke +62 21 515 7639.

Sebuah pernyataan keliru yang disengaja atau ceroboh oleh **Anda** dapat menyebabkan **Kami** membatalkan kepesertaan **Anda**. Apabila **Anda** membuat pernyataan keliru, **Kami** dapat membatalkan **Polis Grup Anda** atau menolak atau mengurangi pembayaran klaim terkait. Sebuah pernyataan yang keliru adalah pernyataan fakta yang tidak benar yang diandalkan 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 apa pun, **Anda** harus menghubungi **Kami**.

Kami sarankan **Anda** mencatat semua informasi yang **Anda** berikan kepada **Kami** sehubungan dengan permohonan ini.

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

Kami mengandalkan informasi yang **Anda** berikan dalam formulir ini untuk memutuskan apakah menyetujui atau tidak menyetujui permohonan **Anda**, dan apakah **Kami** perlu menerapkan persyaratan khusus atau tidak. Persyaratan khusus adalah pengecualian atau syarat yang mungkin **Kami** terapkan pada pertanggungan **Anda**. Jika **Anda** mengajukan klaim untuk Perawatan kondisi kesehatan yang ada tetapi tidak **Anda** beritahukan kepada **Kami** di sini atau tidak memberi tahu **Kami** tentang segala sesuatu, **Kami** bisa menolak membayar klaim tersebut. **Kami** juga berhak untuk membatalkan **Polis Anda**, atau kami dapat memberlakukan persyaratan khusus pada **Polis Grup Anda** yang akan **Kami** terapkan secara retrospektif (berlaku surut). Harap pastikan bahwa Formulir permohonan ini diisi dengan lengkap dan akurat.

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

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, atau langsung ke PT Sampo Insurance Indonesia. **Anda** juga dapat memindai dan mengirimkannya melalui email ke IndonesiaService@now-health.com atau faks ke +62 21 515 7639

Section 1: Name of Insured Person | *Bagian 1: Nama tertanggung*

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)

Section 2: Insured Person details | *Bagian 2: Rincian orang tertanggung*

Company name:
Nama perusahaan:

Group Plan number:
*Nomor **Polis** Grup:*

Address:
Alamat:

Email address:
Alamat email:

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

Is this **Your**
Keterangan

Mobile ☐
HP

Home ☐
Rumah

Work ☐
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:
Jenis Kelamin:

Male ☐
Laki-laki

Female ☐
Perempuan

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

/ /

Country of Residence:
Negara tempat tinggal:

Nationality:
Kewarganegaraan:

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

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

Occupation:
Pekerjaan:

Occupation industry:
Bidang Pekerjaan:

Start Date of Employment (Employees only) (dd/mm/yyyy):
Tanggal mulai bekerja (Hanya karyawan) (tgl/bln/thn):

/ /

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

Apakah **Anda** atau 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)

Yes | Ya ☐ No | Tidak ☐

Section 3: Spouse and Dependant details | *Bagian 3: 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:
Jenis Kelamin:

Male ☐
Laki-laki

Female ☐
Perempuan

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

/ /

Country of Residence:
Negara tempat tinggal:

Nationality:
Kewarganegaraan:

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

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

Occupation:
Pekerjaan:

Occupation industry:
Bidang Pekerjaan:

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 ☐ Female ☐ <i>Laki-laki Perempuan</i>	Male ☐ Female ☐ <i>Laki-laki Perempuan</i>	Male ☐ Female ☐ <i>Laki-laki Perempuan</i>	Male ☐ Female ☐ <i>Laki-laki 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>				

Section 4: Doctor's contact details | *Bagian 4: 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 kunjungan terakhir dan alasannya:

Section 5: Insurance details | *Bagian 5: Rincian Asuransi*

5.1 Do **You** currently have health insurance with another company? Yes | Ya ☐ No | Tidak ☐
 Apakah **Anda** saat ini memiliki asuransi kesehatan dengan perusahaan lain?

If yes, please give details:
 Jika ya, silakan berikan rinciannya:

5.2 Do **You** intend to continue with the existing insurance? Yes | Ya ☐ No | Tidak ☐
 Apakah **Anda** berniat untuk melanjutkan dengan asuransi yang sudah ada?

5.3 Is this **Group Plan** a **Secondary Health Insurance Plan**? Yes | Ya ☐ No | Tidak ☐
 Apakah **Polis Grup** ini **Polis Asuransi Kesehatan Sekunder**?

If this **Group Plan** is a **Secondary Health Insurance Plan**, **You** must provide a copy of the **Certificate of Insurance** of **Your 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.
 Jika **Polis Grup** ini adalah **Polis Asuransi Kesehatan Sekunder**, **Anda** harus memberikan salinan **Sertifikat Asuransi** polis **Asuransi Kesehatan Primer** **Anda**. Jika **Anda** memiliki lebih dari satu polis asuransi kesehatan, **Polis Grup** ini akan menjadi polis asuransi kesehatan yang berlaku terakhir.

5.4 Have **You** been insured previously with Now Health International? Yes | Ya ☐ No | Tidak ☐
 Apakah **Anda** pernah ditanggung sebelumnya di Now Health International?

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

5.5 Have **You** ever had an application for Medical Insurance declined or had special terms imposed? Yes | Ya ☐ No | Tidak ☐
 Apakah **Anda** pernah memiliki permohonan Asuransi Kesehatan yang ditolak atau diberikan persyaratan khusus?

If yes, please give details:
 Jika ya, silakan berikan rinciannya:

Section 6: Health declaration | *Bagian 6: 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 **Tanggungan**, silahkan gunakan lembar kertas terpisah dan lampirkan ke permohonan ini.
Anda tidak perlu mengungkapkan hal yang berkaitan dengan batuk, pilek, **Vaksinasi**, atau demam.

	Planholder Pemegang Polis	Dependant (Spouse) Tanggungan (Pasangan)	Dependant Tanggungan 1	Dependant Tanggungan 2	Dependant Tanggungan 3	Dependant Tanggungan 4
6.1 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 ? 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?	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak
6.2 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? Apakah Anda saat ini mengonsumsi jenis obat tertentu (selain pil KB), atau apakah perawatan atau tes saat ini sedang dilakukan atau direncanakan untuk dilakukan, atau rawat inap atau rawat singkat yang terjadwal di Rumah sakit?	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak

Have **You** ever received **Treatment**, tests or investigations for, been diagnosed with, or been hospitalised or had signs or symptoms of for:

Apakah **Anda** pernah menerima **Perawatan**, tes atau pemeriksaan, di diagnosa, atau di rawat di rumah sakit atau memiliki tanda atau gejala untuk:

6.3	Asthma, bronchitis, tuberculosis, pneumonia or any other respiratory conditions? <i>Asma, bronkitis, tuberkulosis, radang paru atau kondisi pernapasan lainnya?</i>	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak
6.4	Anxiety, depression, psychological, psychiatric, mental condition, drug or alcohol addiction or abuse? <i>Kegelisahan, depresi, psikologis, kejiwaan, kondisi mental, kecanduan obat-obatan atau penyalahgunaan alkohol?</i>	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak
6.5	Blood disorders, anaemia, haemophilia, thalassemia or other abnormal blood tests? Have You ever been tested positive for HIV, Hepatitis B or C? <i>Kelainan darah, anemia, hemofilia, talasemia atau tes darah abnormal lainnya? Apakah Anda pernah dinyatakan positif HIV, Hepatitis B atau C?</i>	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak
6.6	Cancer , cyst, polyp, or any abnormal growth whether cancerous or benign? <i>Kanker, kista, polip, atau pertumbuhan abnormal apakah ganas atau jinak?</i>	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak
6.7	Digestive disorder including stomach, colon, rectum, hernia or any other bowel problems? <i>Gangguan pencernaan termasuk lambung, usus besar, rektum, hernia atau masalah usus lain?</i>	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak
6.8	Disorders of the kidneys, spleen, liver, pancreas, bladder, prostate, renal or recurrent urinary conditions? <i>Gangguan ginjal, limpa, hati, pankreas, kandung kemih, prostat, ginjal atau kondisi kemih kambuhan?</i>	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak
6.9	Diabetes, thyroid disorders or weight management problems? <i>Diabetes, gangguan tiroid atau masalah penanganan berat badan?</i>	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak
6.10	Epilepsy, multiple sclerosis or other neurological conditions? <i>Epilepsi, sklerosis berganda atau kondisi neurologis lainnya?</i>	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak
6.11	High blood pressure, heart or circulatory conditions, stroke or higher than normal cholesterol level? <i>Tekanan darah tinggi, jantung atau kondisi peredaran darah, stroke atau kadar kolesterol lebih tinggi dari yang normal?</i>	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak
6.12	Knee, back or skin disorders, rheumatism, gout, arthritis or disease of the bone, spine, joint, muscle? <i>Gangguan lutut, punggung atau kulit, rematik, asam urat, radang sendi atau penyakit tulang, tulang belakang, sendi atau otot?</i>	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak
6.13	Any type of disease, physical impairment, congenital or hereditary disorder, disability, recurrent illness, major injury or Medical Condition not already noted above? <i>Jenis penyakit tertentu, gangguan fisik, kelainan bawaan atau keturunan, cacat, sakit berkelanjutan, saat ini sedang hamil, Luka berat atau Kondisi Medis yang belum disebutkan di atas?</i>	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak
6.14	Females only Have You ever suffered from any breast or gynaecological disorders? <i>Wanita saja Apakah Anda pernah menderita gangguan payudara atau ginekologi?</i>	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak	☐ Yes Ya ☐ No Tidak

Additional information | Informasi Tambahan

If **You** answered 'Yes' to any of questions 6.1 to 6.14, and Section 7, 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 6.1 hingga 6.14, dan bagian 7 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 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)				

Section 7: Important notes | Bagian 7: Catatan Penting

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.

Kerahasiaan Data

Kami mengumpulkan informasi pribadi tentang **Anda** dan **Tanggung And** (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 group 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.

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

Dengan menandatangani Formulir permohonan ini **Anda** menyetujui atas pemrosesan dan transfer informasi (termasuk informasi sensitif) yang dijelaskan dalam pemberitahuan ini. Tanpa persetujuan ini **Kami** tidak dapat mempertimbangkan permohonan **Anda**.

Perusahaan grup Now Health International yang menyediakan produk IPMI (Asuransi Swasta Kesehatan Internasional) dapat menghubungi **Anda** melalui surat, SMS atau email dengan rincian IPMI (Asuransi Swasta Kesehatan Internasional) lainnya atau layanan dan produk terkait, yang mungkin menarik bagi **Anda**. Jika **Anda** tidak ingin ini terjadi, silahkan centang kotak ☐. **Anda** dapat memilih keluar dari pemasaran dimasa mendatang dengan menghubungi **Kami** setiap saat. Daftar perusahaan grup Now Health International, rincian kontak mereka dan Kebijakan Data Privasi **Kami** tersedia di www.now-health.com.

Section 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 **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, **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 information provided is not in my own handwriting. I understand it is unlawful for me or my **Dependants** to knowingly provide false, incomplete or misleading facts or information to PT Sampo Insurance Indonesia for the purpose of defrauding or attempting to defraud PT Sampo Insurance Indonesia. Penalties may include imprisonment, fines, denial of coverage, rescission of **Benefits** and legal damages.
- I understand that I must notify PT Sampo Insurance Indonesia of any changes in the facts contained in this application form, such as a change in the state of health of any person named in it, before the latest of either written acceptance, payment of premium or the **Start Date/Entry Date**.
- For the purpose of this application I authorise any doctor who has ever treated or advised any of the persons named in this application to provide PT Sampo Insurance Indonesia with any information they may require in connection with **Treatment** related to any claim under this **Group 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.

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

Saya telah menerima dan membaca **Ikhtisar Manfaat**, Syarat dan Ketentuan, Definisi, **Manfaat** dan pengecualian **Polis Grup** ini. Saya mengerti bahwa Formulir permohonan, **Sertifikat Asuransi, Ikhtisar Manfaat** dan Buku Panduan Peserta yang mencakup syarat dan ketentuan **Polis Grup**, membentuk kontrak antara **Kami** dan semua pihak dalam **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 atau **Tanggung** saya bila dengan sengaja memberikan keterangan palsu, tidak lengkap atau menyembunyikan fakta atau informasi kepada PT Sampo Insurance Indonesia untuk tujuan penipuan atau mencoba untuk menipu PT Sampo Insurance Indonesia. Sanksi dapat berupa penjara, denda, penolakan 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**.
- 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 Grup** ini. Saya telah membahas syarat-syarat pemberian kewenangan ini dengan pasangan saya dan **Tanggung** dewasa yang kompeten, dan saya telah memperoleh persetujuan mereka untuk mengungkapkan informasi perawatan kesehatan mereka berdasarkan kewenangan ini.

- I declare that I have read and understood the “**Your** Guide to Health Insurance” Booklet and the Members’ Handbook which contains Product Information and Key Product Provisions, details of my rights and **Your** obligations to me:
 - cancellation and termination rights
 - complaints procedures
 - law and jurisdiction of the **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 understand that PT Sampo Insurance Indonesia cannot be liable and therefore will not pay claims if my **Group 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 **Group Plan**, I agree that I am liable to PT Sampo Insurance Indonesia for all claims settled for such medical **Treatment** in connection with any non-covered claim.
- I have consent from all my dependants covered under the **Group Plan** to administer additions and deletions and review claim payment reports on their behalf.
- I understand and confirm that where I have not repaid funds disbursed in good faith by PT Sampo Insurance Indonesia in respect of non-covered medical **Treatment**, valid claims may be offset against outstanding funds due to PT Sampo Insurance Indonesia and/or my **Group Plan** may be suspended until the outstanding amounts have been settled in full.
- I acknowledge that if it is determined by PT Sampo Insurance Indonesia that a claim was fraudulent my Membership of the **Group 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 **Group Plan**.
- Saya menyatakan bahwa saya telah membaca dan memahami Buklet “Panduan Asuransi Kesehatan **Anda**”, dan Buku Panduan Peserta yang berisi Informasi Produk dan Ketentuan-Ketentuan Kunci Produk, rincian hak saya dan kewajiban **Anda** kepada saya:
 - Hak pembatalan dan penghentian
 - Prosedur Pengaduan
 - Hukum dan yurisdiksi **Polis Grup**
 - Bahasa **Polis Grup** 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 Grup** 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 **Tanggungan** 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 Grup**, maka saya setuju bahwa saya bertanggung jawab kepada PT Sampo Insurance Indonesia atas semua klaim yang diselesaikan untuk **Perawatan** medis tersebut yang terkait dengan klaim yang tidak ditanggung.
- Saya mendapat persetujuan dari semua tanggungan saya yang ditanggung dengan **Polis Grup** ini untuk mengurus penambahan dan penghapusan dan meninjau laporan pembayaran klaim atas nama mereka.
- 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 Grup** saya dapat ditangguhkan hingga jumlah terutang telah dilunasi sepenuhnya.
- Saya menyatakan bahwa jika ditetapkan oleh PT Sampo Insurance Indonesia bahwa klaim itu tidak benar, maka Keanggotaan dari **Polis Grup** saya dapat diakhiri dengan segera.
- Saya telah membaca catatan penting.
- Saya setuju dengan pernyataan di atas dan memahami bahwa pertanggungan yang diberikan sesuai dengan syarat dan ketentuan dari **Polis Grup** SimpleCare.

Signature (Insured/main applicant):
Tanda tangan (Orang tertanggung/pemohon utama):

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

/ /

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

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