

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.

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 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.

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. Sebuah pernyataan 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 adil. 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 bertulis tentang perubahan tersebut.

Kami berhak untuk menerima atau menolak aplikasi **Anda** atau untuk menerima aplikasi **Anda** dengan kondisi khusus.

Mohon kirim formulir aplikasi **Anda** yang telah diisi lengkap ke **Kami** melalui perantara **Anda**, 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: Health Declaration | Bagian 1: Pernyataan Kesehatan

I can confirm that to the best of my knowledge having made reasonable inquiries, none of the employees or dependents, who are currently eligible to join the **Group Plan** have any planned **In-Patient Treatment**, or have any on-going **Treatment** for; cancer, heart conditions, diabetes mellitus, stroke, liver disease, psychiatric conditions, congenital conditions, kidney disorders, renal failure, knee or back disorder, HIV infection or AIDS.

Yes ☐ No ☐
(if No, please provide details)

Saya dapat mengkonfirmasi dengan pengetahuan terbaik saya bahwa telah membuat pertanyaan yang wajar, tidak satupun dari karyawan atau tanggungan saya, yang saat ini memenuhi syarat untuk bergabung dalam **Polis Grup** tidak memiliki rencana untuk **dirawat inap**, memiliki **Pengobatan** yang masih berkelanjutan untuk; kanker, kondisi jantung, diabetes mellitus, stroke, penyakit hati, kondisi kejiwaan, kelainan bawaan lahir, gangguan ginjal, gagal ginjal, gangguan lutut atau gangguan punggung, infeksi HIV atau AIDS.

Ya ☐ Tidak ☐
(apabila Tidak mohon berikan rincian lebih lanjut)

Section 2: Declaration and authorisation | *Bagian 2: Pernyataan dan Otorisasi*

I hereby apply for cover on behalf of all the persons named in this application form for a PT Sampo Insurance Indonesia **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 information provided is not in my own handwriting. I understand it is unlawful for me 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, loss of premium, loss of **Benefits** and legal damages.
- I understand that I must notify PT Sampo Insurance Indonesia of any changes in the facts contained in this application form, such as a change in the state of health of any person named in it, before the latest of either written acceptance, payment of premium or the **Start Date/Entry Date**.
- I declare that I have read and understood the Members' Handbook which contains Product Information and Key Product Provisions, details of my rights and Your obligations to me:
 - Cancellation and termination rights
 - Complaints procedures and referral rights to the financial ombudsman service
 - 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 requests for alternative methods of payment.
- I agree to the declaration above and understand that cover is provided in accordance with the terms and conditions of the PT Sampo Insurance Indonesia **Group Plan**.

Dengan ini saya mengajukan permohonan pertanggungan atas nama semua orang yang tercantum dalam Formulir permohonan ini untuk **Polis Grup** PT Sampo Insurance Indonesia 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, 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 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 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 dengan pernyataan di atas dan memahami bahwa pertanggungan yang diberikan sesuai dengan syarat dan ketentuan dari **Polis Grup** PT Sampo Insurance Indonesia.

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

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.