



COMPREHENSIVE  
INTERNATIONAL PLAN



**PACIFIC CROSS**  
excellence at every contact



**malacca  
trust**  
*insurance*



## EXCELLENCE AT EVERY CONTACT

Cedera atau penyakit terjadi bukan karena pilihan, tetapi menentukan asuransi kesehatan yang berkualitas merupakan pilihan penting bagi kita semua. Anda PASTI menginginkan perawatan medis yang TERBAIK tanpa harus memikirkan konsekuensi finansial yang harus dihadapi.

*Injury or illnesses never happens by choice, but quality health insurance is an important choice for all of us.*

*You ALWAYS want the BEST medical care available without the worry for any financial consequences.*

## + MANFAAT UNGGULAN

Key Features

---



Bebas memilih dokter dan rumah sakit.  
*Free choice of doctors and hospitals.*



Jaminan perlindungan di seluruh dunia.  
*Worldwide coverage.*



14 hari periode free look.  
*14 day free look period.*



Bantuan darurat 24 Jam.  
*24-hour emergency assistance.*



Manfaat melahirkan dan **GRATIS** manfaat bayi baru lahir.  
*Maternity benefit and **FREE** newborn child coverage.*



Garansi perpanjangan polis.  
*Guaranteed renewable policy.*



Manfaat cek up rutin tahunan, manfaat gigi dan kacamata.  
*Annual medical check up, dental and vision benefits.*

## + EVAKUASI DARURAT

Medical Evacuation

Evakuasi medis darurat serta pemulangan jenazah dari luar negeri.  
*Medical evacuation and repatriation of mortal remains.*

## + OPINI MEDIS KEDUA

Medical second Opinion

Akses untuk mendapatkan tinjauan medis secara independen dari dokter-dokter ahli di bidangnya.  
*Access to independent medical review from specialists Doctors.*

<p><b>Comprehensive International Plan</b> adalah manfaat asuransi kesehatan yang luas untuk meningkatkan taraf hidup nasabah secara global <i>Comprehensive International Plan is a broad benefit health insurance plan for discerning clients living internationally</i></p>	<p><b>COMPREHENSIVE</b></p>	<p><b>UPGRADE PLAN</b></p>
<p><b>Manfaat Maksimal Untuk Satu Ketidakmampuan dan Turunannya</b> (Mengganti biaya wajar, biasa, dan umum untuk:) <i>Maximum Benefit For Any One Disability and Sequelae</i> (Covers normal, usual and customary charges for:)</p>	<p>US\$ 2,000,000</p>	<p>US\$ 3,000,000</p>
<p><b>MANFAAT RAWAT INAP (INPATIENT BENEFITS)</b></p>	<p><b>COMPREHENSIVE</b></p>	<p><b>UPGRADE PLAN</b></p>
<p><b>Kamar dan Akomodasi (Room and Board)</b></p>	<p>Privat (Private)</p>	
<p><b>Akomodasi Orang Tua:</b> Satu tempat tidur tambahan untuk orang tua dalam ruangan yang sama untuk menemani anak usia dibawah 12 tahun yang diasuransikan 100%. <i>Parent Accomodation: An extra bed in the same room for a parent accompanying an insured child under 12 years old.</i></p>	<p>100%</p>	
<p><b>Unit Perawatan Intensif, Unit Perawatan Koroner dan Kamar Operasi</b> <i>Intesive Care Unit, Coronary Care Unit and Operating Room</i></p>	<p>100%</p>	
<p><b>Biaya Pembedahan:</b> Mencakup penilaian pra-operasi dan perawatan normal pasca operasi. <i>Surgeon's Fee: Includes pre-surgical assessment and normal post-surgical care.</i></p>	<p>100%</p>	
<p><b>Biaya Pembiusan (Anaesthetist's Fee)</b></p>	<p>100%</p>	
<p><b>Biaya Aneka Perawatan:</b> Untuk tes laboratorium diagnostik yang dibutuhkan, sinar-x, obat-obatan sesuai resep; Biaya Profesional; darah dan plasma; sewa kursi roda; pembedahan rawat jalan; peralatan &amp; perlengkapan pembedahan; protesis standar intra-operatif (sebagaimana disetujui oleh Perusahaan). <i>Miscellaneous Inpatient Charges: For required diagnostic laboratory tests, x-rays, prescribed medicines; Professional Fees; blood and plasma; wheel chair rentals; outpatient surgery; surgical appliances and devices; and intra-operative standard prosthetic (as approved by Company).</i></p>	<p>100%</p>	
<p><b>Transplantasi Organ Tubuh:</b> Biaya untuk operasi transplantasi ginjal, jantung, paru-paru, hati atau sumsum tulang (sampai dengan 50% biaya untuk pendonor, dan sisanya untuk penerima, sesuai pilihan yang ditentukan oleh Tertanggung) sampai dengan: Manfaat ini merupakan manfaat maksimum lump sum per organ dan tidak ada manfaat dalam Polis yang akan dibayarkan terkait dengan Transplantasi Organ. <i>Organ Transplant: Fees for kidney, heart, lung, liver or bone marrow transplants (up to 50% for donor and the remaining percentages for recipient, at the option of the Insured Person) to a total of:</i> <i>This benefit is a lump sum maximum per organ and no other Policy benefits are payable in respect of Organ Transplant.</i></p>	<p>US\$ 100,000</p>	

<p><b>HIV / AIDS:</b> Penjaminan akan berlaku jika HIV dan/atau penyakit yang berhubungan dengan HIV timbul untuk pertama kalinya setelah 5 tahun berturut-turut dijamin dalam Polis dan pembaharuannya, dengan batasan seumur hidup sampai dengan:</p> <p><i>HIV / AIDS: Coverage will apply when HIV and/or its related illnesses present for the first time after 5 years continuous coverage under the Policy and any renewal thereof, with lifetime limit of:</i></p>	<p>US\$ 100,000</p>
<p><b>Manfaat Tunjangan Rumah Sakit:</b> Untuk perawatan rawat inap yang diterima tanpa biaya sampai dengan 15 malam. (Hanya asuransi pemerintah)</p> <p><i>Hospital Cash Benefit: For inpatient treatment received without charge for up to 15 nights. (Only in government insurance).</i></p>	<p>US\$ 150 per malam (per night)</p>
<p><b>Biaya Perawat di Rumah:</b> Segera setelah rawat inap dan dibutuhkan secara medis atas rekomendasi dokter yang merawat sampai dengan 30 hari.</p> <p><i>Home Nursing: Immediately after a hospital confinement and certified to be medically necessary by the attending physician for up to 30 days.</i></p>	<p>100%</p>
<p><b>Rehabilitasi:</b> Ketika direkomendasikan oleh dokter yang merawat sampai dengan 45 hari rawat inap, perawatan atau rawat jalan dimulai dalam waktu 14 hari segera setelah rawat inap.</p> <p><i>Rehabilitation: When certified necessary by the attending physician for up to 45 days of inpatient, day case or outpatient treatment starting within 14 days immediately after the hospitalization.</i></p>	<p>100%</p>
<p><b>Oncology:</b> Radiotherapy, kemoterapi, targeted therapy, immunotherapy dan hormonal therapy diterima sebagai rawat inap, perawatan sehari atau rawat jalan. Obat oral kemoterapi dijamin sampai dengan maksimum 50 juta rupiah per tahun.</p> <p><i>Oncology: Radiotherapy, chemotherapy, targeted therapy, immunotherapy and hormonal therapy by way of infusion and injection received as inpatient, day case or outpatient treatment subjects to maximum limit of US\$ 5,000 for oral medications.</i></p>	<p>100%</p>
<p><b>Perawatan Paliatif:</b> Untuk Penyakit-penyakit kronis stadium akhir dengan batasan seumur hidup sampai dengan:</p> <p><i>Hospice Care: For terminal illnesses with lifetime limit of:</i></p>	<p>US\$ 10,000</p>
<p><b>Gangguan Mental dan Jiwa:</b> Biaya rumah sakit US\$ 5.000 per tahun dengan batasan seumur hidup sampai dengan:</p> <p><i>Psychiatric and Mental Disorders: Hospital charges of US\$ 5,000 per year with lifetime limit of:</i></p>	<p>US\$ 10,000</p>
<p><b>Medical Check-Up dan Vaksinasi:</b> Batas tahunan untuk rutin medical check up dan vaksinasi.</p> <p><i>Medical Check-Up and Vaccinations: Annual limit for routine medical check ups and vaccinations.</i></p>	<p>US\$ 500</p>
<p><b>Manfaat Kehamilan:</b> Manfaat maksimum per kehamilan setelah masa tunggu 12 bulan (90 hari untuk keguguran dan aborsi terapeutik) sampai dengan: Jika kedua orang tua diasuransikan, batas akan meningkat sebesar 50%</p> <p><i>Maternity Benefit: Maximum limit per pregnancy after a 12-month waiting period (90 days for miscarriage and therapeutic abortion) up to: When both parents are insured, the limit shall be increased by 50%</i></p>	<p>US\$ 6,000</p>

MANFAAT RAWAT JALAN (OUTPATIENT BENEFITS)	COMPREHENSIVE	UPGRADE PLAN
<p><b>Manfaat Rawat Jalan:</b> Biaya dokter umum dan spesialis untuk kunjungan di tempat praktek - Ahli fisioterapis dan chiropractor ketika dirujuk oleh dokter yang merawat; dan untuk tes-tes laboratorium diagnostik yang dibutuhkan, sinar x dan obat-obatan yang diresepkan.</p> <p><b>Outpatient Benefits:</b> Physician and specialist's fees for office visits - Physiotherapist and chiropractor when referred by the attending physician; and for required diagnostic laboratory tests, x-rays and prescribed medicines.</p>		100%
<p><b>Pengobatan Alternatif:</b> Biaya untuk kunjungan ke homeopath, osteopath, ahli akupunktur, ahli pijat tulang, ahli herbal dan praktisi obat Tiongkok, dan Herbal yang diresepkan, sampai dengan limit tahunan sebesar:</p> <p><b>Alternative Medicines:</b> Fees for visits to homeopath, osteopath, acupuncturist, bonesetter, herbalist and Chinese medicine practitioner, and prescribed herbs, up to an annual limit of:</p>		US\$ 1,500
MANFAAT DARURAT (EMERGENCY BENEFITS)	COMPREHENSIVE	UPGRADE PLAN
Mengganti biaya wajar, biasa, dan umum untuk biaya yang layak (Covers normal, usual and customary charges for eligible expenses)		
<b>Perawatan Unit Gawat Darurat (Emergency Room Treatment)</b>		100%
<p><b>Perawatan Gigi Darurat:</b> Perawatan darurat dalam waktu 7 hari setelah kecelakaan yang mengakibatkan kehilangan atau kerusakan pada gigi asli yang sehat.</p> <p><b>Accidental Damage to Teeth:</b> Emergency treatment within seven (7) days of the accident which cause sound natural teeth lost or damaged.</p>		100%
<p><b>Jasa Darurat Ambulans Lokal:</b> Membayar 100% hingga cakupan maksimum dengan batasan di bawah ini:</p> <p><b>Emergency Local Ambulance Service:</b> Pays 100% up to maximum coverage subject to the limits hereunder:</p>		100%
<b>Pelayanan bantuan darurat (Emergency assistance services)</b>	Termasuk (Included)	
MANFAAT MENYELURUH (COMPREHENSIVE BENEFITS)	COMPREHENSIVE	UPGRADE PLAN
Mengganti biaya wajar, biasa, dan umum untuk biaya yang layak (Covers normal, usual and customary charges for eligible expenses)		
<p><b>Manfaat Perawatan Gigi (Dental Benefits)</b> Penggantian 80% klaim sampai dengan batasan tahunan sebesar: 80% reimbursement up to an annual limit of:</p>		US\$ 2,000
<p><b>Manfaat Penglihatan (Vision Benefit)</b> Penggantian 80% klaim sampai dengan batasan tahunan sebesar: 80% reimbursement up to an annual limit of:</p>		US\$ 500
<p><b>Manfaat Kecelakaan Diri:</b> Manfaat Maksimum adalah US\$100.000 setelah usia 65 tahun dan pertanggungans dihentikan setelah usia 80 tahun. Tunjangan anak dibatasi hingga US\$10.000.</p> <p><b>Personal Accident Benefit:</b> Maximum Benefit is US\$100,000 after age 65 and coverage is terminated after age 80. child benefit is limited to US\$10,000.</p>	Mengacu pada endorsement untuk biaya pertanggungans Refer to endorsement for Capital Sum Insured	

**Manfaat Perjalanan:** Mengganti biaya-biaya yang memenuhi syarat di seluruh dunia ketika melakukan perjalanan keluar negara tempat tinggal, untuk perjalanan yang berlangsung sampai dengan 90 hari:

**Travel Benefit:** Covers the following eligible expenses worldwide when travelling outside your country of residence on trips lasting up to 90 days:

Termasuk (Included)

**+ Menjamin penyakit atau cedera termasuk:**

**“Evakuasi Darurat” – (hingga US\$25.000)** dengan maksimal US\$300 per hari untuk kamar dan makan rumah sakit yang digandakan jika biaya kamar termasuk biaya layanan medis dan tiga kali lipat jika biaya kamar juga mencakup semua layanan profesional; dan

**“Pemulangan Medis”:** menanggung biaya tambahan perjalanan Anda sendiri yang harus dikeluarkan sebagai akibat dari kecacatan yang ditanggung untuk membawa Anda kembali ke rumah setelah Evakuasi Darurat.

**Covers illness or injury including:**

**“Emergency Evacuation” – (up to US\$25,000)** with a maximum of US\$300 per day for hospital room and board which is doubled when the room fee includes medical service costs and tripled when the room fee also includes all professional services; and

**“Medical Repatriation”:** covers the additional cost of your own travel necessarily incurred as a result of a covered disability to get you back home following Emergency Evacuation.

US\$ 35,000

**+ Bagasi dan Dokumen Perjalanan:** Mengganti kehilangan dan kerusakan bagasi dan barang-barang pribadi termasuk komputer laptop; dan kehilangan dokumen perjalanan sampai dengan:

**Baggage and Travel Documents:** Covers loss and damage of baggage and personal items including laptop computer; and loss of travel documents up to:

US\$ 750

**+ Keterlambatan Bagasi:** Mengganti pembelian pakaian dan keperluan pribadi jika pengiriman bagasi anda terlambat selama lebih dari 12 jam dari waktu kedatangan anda di tempat tujuan sampai dengan :

**Baggage Delay:** Covers purchase of essential clothing and toiletries if your checked baggage is delayed on arrival at your destination for over 12 hours up to:

US\$ 125

**+ Uang Pribadi:** Mengganti pencurian dan perampokan atas uang tunai, cek bank, dan cek perjalanan, sampai dengan:

**Personal Money:** Covers theft, burglary and robbery of cash, bank notes and travelers checks up to:

US\$ 500

**+ Tunjangan Tunai Rumah Sakit:** Membayar US\$ 50 per hari selama anda dirawat di rumah sakit lebih dari 24 jam sampai dengan :

**Hospital Cash Income:** Pays US\$ 50 per day for each day you are hospitalized over 24 hours up to:

US\$ 600

**+ Penundaan Perjalanan:** Mengganti biaya perjalanan yang timbul sebagai akibat langsung dari penundaan perjalanan akibat kondisi cuaca yang buruk, bencana alam (gempa bumi, banjir, badai, tornado, tsunami, dll.), tindakan industrial, pembajakan, gangguan mekanis, jika Tertanggung harus mengganti rute perjalanannya karena pembatalan perjalanan yang sudah dipesan sebelumnya; atau

**Travel Delay:** Cover transportation expenses incurred as a direct consequence of travel delay resulting from serious weather conditions, natural disaster (earthquake, flood, hurricane, tornado, tsunami etc.), industrial action, hijack, mechanical derangement, if an Insured Person has to re-route his trip due to cancellation of a prior confirmed booking; or

**"Tunjangan Tunai":** Membayar US\$ 25 untuk setiap 6 jam keterlambatan sampai dengan maksimal US\$ 100

**"Cash Allowance":** Pays US\$ 25 for each full 6 hours delay up to maximum of US\$ 100

US\$ 650

**+ Biaya Pembatalan dan Pengurangan Perjalanan:** Menjamin deposit pengaturan perjalanan prabayar yang tidak dapat dipulihkan dan peningkatan biaya perjalanan dalam hal terjadinya kematian, cedera atau penyakit berat terhadap Tertanggung, anggota keluarga langsung atau mitra bisnis dekat atau rekan seperjalanan Tertanggung, panggilan saksi, layanan juri, karantina wajib, bencana alam ditempat tujuan atau kehancuran total tempat tinggal utama Tertanggung.

**Curtailement of Trip and Cancellation Charges:** Covers irrecoverable prepaid travel arrangement deposits or any increased cost of travel in the event of death, serious injury or illness of the Insured Person, immediate family members or close business partner or travel companion of the Insured Person, witness summons, jury service, compulsory quarantine; natural disasters at the planned destination or complete destruction of the Insured Person's principal residence.

US\$ 2,500

**+ Opsi Perlindungan Mobil Rental:** Mengganti kehilangan dan kerusakan yang terjadi pada mobil rental sebagai akibat langsung dari kebakaran, pencurian, tabrakan atau perusakan. Deductible: US\$ 500

**Optional Rental Car Protection:** Covers loss and damage which occurs to a rental car result directly from fire, theft, collision or vandalism.  
Deductible: US\$ 500

US\$ 10,000

**CATATAN / NOTE :**

Yang dimaksud dengan "100%" adalah kami mengganti seluruh biaya yang normal, biasa dan umum sesuai dengan tipe kelas kamar yang menjadi haknya atau kondisi lainnya yang wajar.

"100%" herein means full reimbursement of the normal, usual and customary charges in accordance with the eligible room type or other localized circumstances or customs.





## TENTANG KAMI

*About Us*

---

**PT Malacca Trust Wuwungan Insurance** merupakan salah satu perusahaan asuransi umum tertua di Indonesia yang berdiri sejak tahun 1952. Bekerja sama dengan **Pacific Cross Indonesia**, yang memiliki sekap terjang dan keahlian khusus di bidang asuransi kesehatan internasional, **Malacca Truss Insurance** telah membangun rancangan produk-produk asuransi kesehatan yang secara khusus diperuntukkan untuk pasar Indonesia.

Berpegang teguh pada komitmen untuk menyediakan pelayanan terbaik kepada para nasabahnya, **Malacca Trust Insurance** bersama **Pacific Cross** akan terus berupaya untuk melakukan pengembangan produk, pelayanan, dan jaringan bisnis yang disesuaikan dengan perkembangan industry asuransi kesehatan di Indonesia.

*PT Malacca Trust Wuwungan Insurance, founded in 1952, is one of the earliest general insurance companies in Indonesia. In collaboration with Pacific Cross Indonesia, which has broad experience and expertise in the field of international health insurance, Malacca Truss Insurance has built a design of health insurance products specifically for the Indonesian market.*

*Sticking to the commitment to provide the best service to its customers, Malacca Trust Insurance with Pacific Cross will strive to develop products, services and business networks to adjust the development of the health insurance industry in Indonesia.*



**PACIFIC CROSS**  
excellence at every contact



**PACIFIC CROSS**  
excellence at every contact



**malacca  
trust**  
*insurance*

Chase Plaza Tower 19th Floor  
Jl. Jend. Sudirman Kav. 21 Jakarta 12920, Indonesia  
t. (+62.21) 2598 9878 f. (+62.21) 2598 9879  
[www.pacificcross.co.id](http://www.pacificcross.co.id)



# FORMULIR APLIKASI COMPREHENSIVE INTERNATIONAL PLAN

Comprehensive International Plan Application Form

Nama Pemegang Polis/Pemohon \_\_\_\_\_ Belakang \_\_\_\_\_ Depan \_\_\_\_\_ Tengah \_\_\_\_\_  
Name of Policyholder/Applicant Last First Middle

Alamat \_\_\_\_\_ Phone Home \_\_\_\_\_  
Address Office \_\_\_\_\_  
Mobile \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

DATA DIRI TERTANGGUNG (INSURED PERSON'S DETAIL)	TERTANGGUNG #1 Insured Person #1	TERTANGGUNG #2 Insured Person #2	TERTANGGUNG #3 Insured Person #3	TERTANGGUNG #4 Insured Person #4
Nama Keluarga (Family Name)				
Nama Depan dan Tengah (First dan Middle Name)				
Tanggal Lahir (Date of Birth)	___/___/___/ (MM/DD/YY)	___/___/___/ (MM/DD/YY)	___/___/___/ (MM/DD/YY)	___/___/___/ (MM/DD/YY)
Jenis Kelamin (Sex)	M/L <input type="checkbox"/> F/P <input type="checkbox"/>	M/L <input type="checkbox"/> F/P <input type="checkbox"/>	M/L <input type="checkbox"/> F/P <input type="checkbox"/>	M/L <input type="checkbox"/> F/P <input type="checkbox"/>
Hubungan dengan Pemegang Polis (Relationship to Policyholder)				
Pekerjaan (Occupation and Duties)				
Tinggi (Height)	___ Cm/ ___ Ft ___ In	___ Cm/ ___ Ft ___ In	___ Cm/ ___ Ft ___ In	___ Cm/ ___ Ft ___ In
Berat (Weight)	___ Kg/ ___ Lb	___ Kg/ ___ Lb	___ Kg/ ___ Lb	___ Kg/ ___ Lb
No. KTP atau Paspor (Government I.D or Passport No.)				
Kewarganegaraan (Country of Citizenship)				
Negara Tempat Tinggal (Country of Residence)				
Email untuk Healthcare 365 (Email for Healthcare 365)				
Premi Tingkat Komunitas (Community Rated Premiums)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## PLAN YANG DIPILIH (PLAN SELECTION)

Comprehensive (US\$ 2,000,000)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Upgrade (US\$ 3,000,000)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MANFAAT TAMBAHAN (Additional Benefits)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perindungan Mobil Sewaan (Rental Car Protection)				
MANFAAT KECELAKAAN DIRI (Personal Accident Benefit) P.A Sum Insured (in US\$ 10,000's)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NAMA PENERIMA MANFAAT (Beneficiary Designation)				
HUBUNGAN DENGAN TERTANGGUNG (Relationship to Insured Person)				

## OPSI DISKON (DISCOUNT OPTIONS)

Treatment Area Limit (TAL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20% Co-payment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## OPSI PEMBAYARAN (PAYMENT OPTIONS)

Premi Tahunan (Annual Premium)	<input type="checkbox"/> Tahunan (Annual)	<input type="checkbox"/> Premi (Premium Due) _____
Semesteran (Semi-Annual) 52%	<input type="checkbox"/> Semesteran (Semi-Annual)	<input type="checkbox"/> Premi (Premium Due) _____

TANGGAL EFEKTIF (PREFERRED EFFECTIVE DATE) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (MM/DD/YY)

\* Mohon berikan informasi tentang riwayat kesehatan Anda. Semua informasi yang diberikan akan dirahasiakan. Info lengkap dan akurat dari Anda akan membantu kami dalam menyeleksi risiko diri Anda. Setiap orang yang akan dimasukkan dalam polis perlu mengisi formulir secara lengkap. (Orang tua diminta untuk melengkapi dan menandatangani formulir atas nama anak).  
Kindly provide information on your medical history. All information provided is kept in strictest confidentiality. Your complete and accurate responses will assist us to properly underwrite your policy. Each person to be included in the policy is required to complete the below question. (Parents are required to complete and sign on behalf of children).

	#1		#2		#3		#4	
	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
1. a). Apakah anda saat ini ditanggung oleh polis asuransi kesehatan lain? (Jika "Ya" mohon lampirkan salinan polisnya dan cakupan manfaat) <i>Are you currently covered by any medical insurance policy? (If "Yes" please provide us with a copy of the policy and benefits schedule)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b). Pernahkah formulir asuransi kesehatan atau jiwa ditolak, dilakukan kenaikan atau dibatasi? (Jika "Ya" mohon dijelaskan) <i>Has any medical or life application been declined, rated or restricted? (if "Yes", Please explain)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c). Pernahkah polis asuransi kesehatan atau jiwa dibatalkan, ditarik kembali, dilakukan kenaikan atau dibatasi? (Jika "Ya" mohon dijelaskan) <i>Has any medical or life policy been cancelled, withdrawn, rated or restricted? (if "Yes", Please explain)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pada setiap saat sebelum permohonan ini apakah anda pernah mengalami gejala dari atau terdiagnosa, diperiksa atau diobati untuk setiap hal-hal dibawah ini: ( <b>garis bawah</b> hal yang spesifik dan jelaskan di bagian yang tersedia) <i>At any time prior to the application, have you ever had symptoms of or been diagnosed, investigated or treated for any of the following: (<b>underline</b> the specific item and explain in the space provided below)</i>								
a). Gangguan bicara, paralisis, kehilangan pendengaran, cacat fisik, kelemahan, penyakit kongenital, kelainan bentuk atau penyakit genetik atau kondisi kronis? <i>Speech defect, paralysis, hearing loss, physical defect, infirmity, congenital illness, genetic deformity or disease or chronic condition?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b). Asma, kelainan pernafasan atau alergi atau gangguan mata, telinga, hidung atau tenggorokan? <i>Asthma, respiratory or allergic condition or disorder of the eyes, ears, nose or throat?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c). Gangguan mental atau kejiwaan, pingsan, kehilangan kesadaran, perubahan keadaan emosional, kecanduan alkohol/obat-obatan, epilepsi/kejang? <i>Psychiatric or mental disorder, fainting, blackout, mood change, drug/alcohol addiction, seizure or fit?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d). Hipertensi, tekanan darah (tinggi atau rendah), nyeri dada, masalah kolesterol, pusing berputar, gangguan jantung/peredaran darah? <i>Hypertension, (high or low) blood pressure, chest pain, cholesterol problem, dizziness, heart or circulatory disorder?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e). Batu ginjal, penyakit kelamin, atau gangguan kandung kemih, prostat, ginjal atau saluran kelenjar kemih? <i>Kidney stone, venereal disease, or disorder of the bladder, prostate, kidney, or genito-urinary tract?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f). Hepatitis, ulkus, wasir, radang usus besar atau gangguan perut, empedu, hati atau usus? <i>Hepatitis, ulcer, hemorrhoid, colitis or stomach, gall bladder, liver or bowel disorder?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g). Sciatica, nyeri punggung, sakit sendi atau rematik, penyakit artritis, penyakit atau gangguan otot, sendi atau tulang? <i>Sciatica, back pain, joint pain or rheumatic, arthritic, muscle, joint or bone disease or disorder?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h). Kelainan darah atau gangguan pembuluh darah? <i>Blood abnormality or blood vessel disorder?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i). HIV, AIDS, Kompleks berkaitan dengan AIDS, atau indikasi mengenai gangguan sistem kekebalan atau darah? <i>HIV, AIDS, AIDS related complex, or any indication of blood or immune system disorder?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j). Kanker, tumor atau kista? <i>Cancer, tumor or cyst?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k). Gangguan kulit? <i>Skin Disorder?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l). Diabetes melitus, gangguan kelenjar atau hormon? <i>Diabetes mellitus, glandular or hormonal disorder?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m). Demam rematik, asam urat, malaria atau hernia jenis apapun? <i>Rheumatic fever, gout, malaria or hernia of any kind?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n). Gangguan kandungan atau penyakit atau komplikasi yang berkaitan dengan kehamilan? <i>Gynecological disorder or disease or complication associated with pregnancy?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o). Apakah anda sedang hamil? (hanya untuk wanita) <i>Are you pregnant now? (for female only)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p). Penyakit lainnya, gangguan atau cidera? <i>Any other ailment, impairment, or injury?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Apakah anda saat ini sedang melakukan pemeriksaan kesehatan atau mengkonsumsi obat-obatan atau menerima pengobatan dalam bentuk apapun yang direkomendasikan atau diresepkan? (rincian dengan dosis) <i>Are you currently undergoing any investigations or taking any medications or receiving any from treatment recommended or prescribed? (list with dosage)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Apakah anda pernah menjadi pasien rumah sakit atau sanatorium untuk pembedahan, observasi atau pengobatan dalam 5 tahun terakhir ini? <i>Have you been a patient in a hospital or sanitarium for surgery, observation or treatment in the last 5 years?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Pernahkah anda merokok atau penggunaan tembakau cara lain? (jika "Ya" mohon berikan keterangan jumlah konsumsi (bungkus) dan lamanya menggunakan tembakau) <i>Have you ever smoked or otherwise used tobacco? (if "Yes" please advise the consumption (pack) and duration of tobacco use)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p><b>CARA PEMBAYARAN (PAYMENT METHOD)</b> Pembayaran dapat dilakukan dengan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>CEK yang ditujukan kepada <b>PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance</b></li> <li>TRANSFER ke rekening bank yang tercantum berikut ini</li> <li>Pembayaran dengan KARTU KREDIT menggunakan formulir otorisasi</li> </ol> <p><b>Payment may be made by:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>CHECK payable to <b>PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance</b></li> <li>TELEGRAPHIC TRANSFER to the bank account as noted</li> <li>CREDIT CARD PAYMENT using the payment authorization form</li> </ol>	<p><b>BCA - Rekening Rupiah (IDR Account)</b></p> <p>Acc No. : 035.322.1121          Nama : <b>PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance</b>          Cabang : <b>BCA Sudirman Jl. Jend. Sudirman Kav. 21</b></p>
--	--

\* Jika anda menjawab "Ya" atas pertanyaan 1 sampai 5 diatas, berikan rincian lengkap termasuk sejarah medis, diagnosa, jenis/tanggal perawatan dan pengobatan yang diterima, tanggal konsultasi terakhir dan laporan medis terkait dll. (Jika lembar tidak cukup, mohon menggunakan lembar terpisah untuk setiap Tertanggung).

*If you answered "Yes" to any of the above questions 1 to 5, please give complete details including medical history, diagnosis, nature/date of care and treatment received, date of last consultation and related medical reports, etc. (If the space provided is insufficient, please use a separate sheet for each Insured Person).*

---

---

---

---

---

---

---

---

\* Mohon berikan nama dan rincian kontak dari dokter pribadi atau dokter untuk setiap Tertanggung.  
*Kindly provide name and contact details of the personal physician or doctor for each Insured Person.*

---

---

---

---

---

---

---

---

**PERNYATAAN (DECLARATION)**

Dengan ini saya mengajukan permohonan polis yang didasarkan pada pernyataan di atas dan menyatakan bahwa, semua jawaban pertanyaan tersebut di atas adalah benar dan tercatat akurat sesuai dengan pengetahuan dan keyakinan saya.

Saya memberikan kuasa kepada dokter berlisensi, praktisi medis, rumah sakit, klinik atau fasilitas medis atau yang terkait lainnya, perusahaan asuransi atau organisasi lainnya, instansi atau perorangan, yang memiliki catatan kesehatan atau informasi mengenai saya atau kesehatan saya, untuk memberikan PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance segala informasi tersebut. Salinan fotokopi dari surat kuasa ini harus dianggap sah sesuai dengan aslinya.

Saya selanjutnya memberikan kuasa kepada Perusahaan untuk memberikan data pribadi saya termasuk namun tidak terbatas pada kesehatan dan rincian klaim yang terjadi kepada perusahaan reasuransi dengan mana Perusahaan memiliki atau mengusulkan untuk memiliki hubungan atau kepada setiap agen, kontraktor atau provider pihak ketiga yang menyediakan layanan kepada Perusahaan berkaitan dengan operasional bisnisnya tersebut.

Dengan ini saya menyatakan dan setuju bahwa Pemegang Polis akan memiliki kewenangan untuk berhubungan dengan, menerima atau meminta informasi dari Perusahaan berkaitan dengan (para) Tertanggung dalam hubungannya terhadap segala klaim atau hal-hal yang timbul dari polis yang diterbitkan sehubungan dengan aplikasi ini. Saya selanjutnyasetuju bahwa pembayaran dari setiap manfaat - manfaat disini atas Pemegang Polis atau (para) Tertanggung dalam kaitannya dengan seluruh klaim dianggap sebagai pelunasan penuh atas bagian Perusahaan dalam kaitannya dengan klaim tersebut.

*I hereby apply for a policy to be based on the above statements and declare that, to the best of my knowledge and belief, all answers to the foregoing questions are correctly and accurately recorded, and that they are full, complete and true.*

*I hereby authorize any licensed physician, medical practitioner, hospital, clinic or other medical or medically related facility, insurance company or other organization, institution or person, that has any records or knowledge of me or my health, to give to PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance any such information. A photostat copy of this authorization shall be as valid as the original.*

*I further authorize the Company to provide my personal data including but not limited to health and eatils of the claims incures to reinsurance companies with whom the Company has or proposes to have dealings or to any agent, contractor or third party service provider who provides services to the Company in connection with the operation of its business.*

*I hereby declare and agree that the Policyholder shall have the authority to deal with, receive or request for information from the Company concerning the Insured Person(s) in relation in any claims or matters arising from the policy issued pursuant to this application. I further agree that payment of any benefits hereunder to the Policyholder or Insured Person(s) in relation to all claims shall constitute a full discharge on the part of the Company in relation to such claims.*

**Tanda Tangan (Signature)**

<b>Tertanggung #1</b> Insured Person #1 _____	<b>Tanggal (Date (MM/DD/YY))</b> _____
<b>Tertanggung #2</b> Insured Person #2 _____	<b>Tanggal (Date (MM/DD/YY))</b> _____
<b>Tertanggung #3</b> Insured Person #3 _____	<b>Tanggal (Date (MM/DD/YY))</b> _____
<b>Tertanggung #4</b> Insured Person #4 _____	<b>Tanggal (Date (MM/DD/YY))</b> _____
<b>Pemegang Polis</b> Policyholder _____	<b>Tanggal (Date (MM/DD/YY))</b> _____
	<b>Broker</b> _____

\* (Dalam huruf besar/In block letters)

## Manfaat Perawatan Gigi

Laporan lengkap Pemeriksaan Gigi dari dokter gigi yang bersangkutan harus diserahkan bersama dengan aplikasi jika opsi manfaat gigi diambil oleh Pemohon.

## Pengecualian (di rangkum dari polis)

Rencana medis tidak menjamin perawatan, pengobatan, layanan atau persediaan untuk :

- Kondisi yang telah ada sebelumnya yang tidak dinyatakan kepada dan diterima oleh Perusahaan;
- Ketika (para) tertanggung berhak atas ganti rugi dari pihak ketiga atau rencana manfaat lainnya.
- Keluarga Berencana; pengobatan impotensi atau ketidaksuburan (termasuk inseminasi buatan, bayi tabung, transfer embrio); pengembalian kesuburan atau aborsi yang direncanakan;
- Kondisi congenital dan kelainan atau penyakit genetik;
- Pengobatan atau manajemen yang terkait berat badan atau pembedahan bariatric;
- Abnormalitas perkembangan;
- Persistent Vegetative State atau kerusakan saraf permanen;
- Perawatan custodial, perawatan atau pelayanan di rumah, cek-up kesehatan rutin, atau segala perawatan yang dianggap tidak diperlukan oleh Perusahaan, vaksinasi, konseling, tes pendengaran, cacat refraksi mata, pembedahan korektif mata untuk kesalahan refraksi, peralatan pengkoreksi, atau perawatan gigi kecuali dijamin dalam jaminan manfaat pilihan dalam polis tersebut untuk penglihatan, gigi atau cek-up kesehatan;
- Ketidakmampuan sebagai akibat dari perang atau segala bentuk daripadanya, keikutsertaan di AD, AL atau AU, kerusakan, perang sipil;
- Olahraga profesional atau berbahaya kecuali dinyatakan kepada dan diterima oleh Perusahaan;
- Kesengajaan untuk melukai diri sendiri, bunuh diri, penyalahgunaan alkohol, ketergantungan obat atau penyakit kelamin;
- Kosmetik atau bedah re-konstruksi kecuali disebutkan lain dalam dokumen polis.
- Protesa, peralatan ortotik, peralatan koreksi dan perlengkapan medis yang tidak dibutuhkan dalam prosedur operasi;
- AIDS, Kompleks berkaitan AIDS, atau Human Immunodeficiency Virus (HIV) dan/atau penyakit - penyakit terkait yang bermanifestasi pada suatu waktu di dalam lima tahun kepesertaan berturut - turut dari tanggal efektif tertanggung; dan
- Biaya - biaya yang ditimbulkan untuk menyediakan dokumen medis yang dipersyaratkan oleh Perusahaan.

## 14-Day Free Look

Anda dapat mengembalikan polis Anda dalam waktu empat belas hari setelah menerima pengembalian penuh dari premi yang telah dibayarkan

## Penjaminan Gratis Bayi Baru Lahir

Seorang anak dari tertanggung wanita berhak mendapatkan rencana medis yang sama seperti Tertanggung setelah 15 hari kelahiran atau tanggal keluar rumah sakit dengan mengirimkan aplikasi kepada Perusahaan sampai dengan tanggal pembaharuan Tertanggung secara gratis

## Penjaminan Anak

Seorang anak atau anak-anak tidak dapat dijamin sendiri di dalam Polis asuransi. Orang tua atau wali harus disertakan agar seorang anak atau anak-anak dapat diasuransikan.

## Loading Geografis

Dibebankan kedalam premi untuk manfaat kesehatan (dan pilihan) kepada penduduk untuk menjamin tingginya biaya pelayanan medis pada sebagian daerah tersebut.

## Manfaat Kehamilan

Penjaminan biaya - biaya setelah masa tunggu 12 bulan. Keguguran, aborsi terapeutik, mola hidatidosa dan kehamilan ektopik akan dijamin setelah 90 hari. Manfaat termasuk didalamnya adalah semua pelayanan sebelum dan sesudah kelahiran, kamar rumah sakit, biaya profesional (kecuali dokter anak). Aneka perawatan, dan perawatan bayi selama 7 hari, ketika kedua orang tua diasuransikan dalam rencana medis yang sama, manfaat maksimum akan meningkat 50%.

## Kelas Pekerjaan

Jaminan kecelakaan diri berdasarkan bahaya kelas yang berkaitan dengan pekerjaan dan tugasnya. Kelas 1 : bahaya sangat ringan; kelas 2 : bahaya ringan, kelas 3 : pekerjaan manual yang tidak berbahaya; dan kelas 4 : pekerjaan berbahaya. Kelas 3 diberikan sesuai permintaan dan kelas 4 tidak memiliki jaminan.

## Kondisi yang telah ada sebelumnya

Segala ketidakmampuan yang ada sebelum tanggal efektif polis dari seorang tertanggung, yang menunjukkan tanda dan gejala yang diketahui atau seharusnya diketahui oleh Tertanggung.

## Premi

Didasarkan hari pertama dalam tahun polis tertanggung; Tabel tarif berlaku pada tanggal jatuh tempo premi; dan, tempat tinggal, status keluarga, metode pembayaran dan faktor lain yang mempengaruhi biaya asuransi. Premi dapat direvisi berdasarkan pengalaman klaim atau kriteria lain yang dapat ditentukan Perusahaan, atas pertimbangannya sendiri. Kebijakan diperbaharui secara otomatis setelah pembayaran premi perpanjangan.

## Premi Tingkat Komunitas

Premi Tingkat Komunitas (CR Premiums) telah tersedia untuk semua polis Asuransi Pacific Cross. Nasabah dapat memilih untuk opsi CR Premium pada saat pengisian aplikasi atau pembaharuan polis. Penambahan beban premi akan di tentukan dalam polis pada saat memilih opsi ini. Untuk informasi lengkap dapat diakses pada website, atau langsung menghubungi kami.

## Batas Area Pengobatan

Tidak berlaku untuk biaya rawat inap yang dikeluarkan untuk perawatan cedera darurat atau penyakit akut yang terjadi seluruhnya setelah perjalanan dimulai hingga 30 hari perjalanan ke daerah yang termasuk batasan dalam satu tahun kebijakan.

## Masa tunggu

Manfaat tidak dibayar untuk penyakit selama 30 hari pertama pertanggungungan. Manfaat untuk cedera akibat kecelakaan yang terjadi seluruhnya setelah tanggal efektif dapat dijamin segera.

## **Dental Benefits**

A completed Oral Examination Report must be submitted with the first dental claim. All conditions requiring treatment as of the first dental visit are deemed to be pre-existing conditions.

## **Exclusions (extracted from policy)**

Medical plans do not cover care, treatment, services or supplies for:

- Pre-existing conditions not declared to and accepted by the company;
- Which the Insured Person is entitled to indemnity from a third party or other benefit plan.
- Birth control; treatment of impotence or infertility (including artificial insemination, in-vitro fertilization, embryo transfer); sterilization reversal or elective abortion;
- Congenital conditions and genetic deformities or diseases;
- Weight treatment and management or bariatric surgery;
- Developmental abnormalities;
- Persistent Vegetative State or permanent neurological damage;
- Custodial Care, home care or services, routine medical check-ups, or any treatments considered unnecessary by the Company, vaccinations, counseling, hearing tests, refractive defects of the eye, corrective eye surgery for refractive error, corrective devices, or dental treatment unless covered under the optional benefits cover of this policy for vision, dental or medical check-up;
- Disability resulting from war or any act thereof, services in the military, naval or air force, riot, civil commotion;
- Hazardous or professional sports unless declared to and accepted by the Company
- Intentionally self-inflicted injury, suicide, abuse of alcohol, drug addiction or venereal diseases;
- Cosmetic or reconstructive surgery except otherwise mentioned in the policy document.
- Prosthesis, orthotic devices, corrective devices and medical appliances not required for a surgical operation;
- AIDS, AIDS Related Complex, or Human Immunodeficiency Virus (HIV) and/or related illnesses which manifest at any time within five years from the Insured Person's effective date; and
- Expenses incurred for provision of medical documentation required by the Company.

## **14-Day Free Look**

You may return your policy within fourteen days after receipt for a full refund of the premiums paid.

## **Free New Born Child Coverage**

A child of a female Insured Person is eligible for the same medical plan as the Insured Person 15 days after the later of the date of birth or the date of discharge on submission of application to the Company until the Insured Person's next renewal for free.

## **Child Coverage**

A child or children cannot be covered alone under an insurance policy. Parents or guardians must be included in order for a child/children to be insured.

## **Geographical Loading**

Applies to the medical Plan (& options) premium for residents to cover the high cost of medical care in that particular area.

## **Maternity Benefit**

Expenses are covered where applicable after a 12-month waiting period. Miscarriage, therapeutic abortions, hydatiform mole and ectopic pregnancy are covered after 90 days. Benefit shall include all pre-natal and post-natal care, hospital room and board, professional fees (except pediatrician), miscellaneous charges, and up to 7 days of nursery care, when both parents are insured for the same medical plan, the maximum benefit shall be increased by 50%.

## **Occupational Class**

Personal Accident cover is based on the hazard class associated with an occupation and its duties. Class 1: very light hazards; Class 2: light hazards; Class 3: non-hazardous manual labor; and, Class 4: hazardous occupations. Class 3's are quoted on request and Class 4's have no cover.

## **Pre-existing Condition**

Any Disability which existed before the policy effective date in respect of an Insured Person, which presented signs and symptoms of which the Insured Person was aware or should reasonably have been aware.

## **Premiums**

Are based on the Insured Person's on the first day of the policy year; the rate table in effect on the premium due date; and, residence, family status, payment mode and other factors which affect the cost of insurance. Premiums may be revised based on claims experience or other criteria which the Company, at its sole discretion, may determine. Policies renew automatically upon payment of renewal premium.

## **Community Rated Premiums**

Community Rated Premiums (CR Premiums) are now available for all Pacific Cross Insurance Policy. Clients can opt for CR Premiums at the line of application or renewal. A CR Premiums loading will be placed on the policy upon selecting this option. For more details visit our website or contact us.

## **Treatment Area Limit**

Does not apply to inpatient expenses incurred for emergency treatment of injury or acute illness which occurs wholly after the start of travel for up to 30 days of travel to the affected areas in any one policy year.

## **Waiting Period**

Benefits are not paid for sickness during the first 30 days of coverage. Benefits for injuries due to covered accidents occurring wholly after the effective date are covered immediately.



**FOR APPLICANT OVER AGE 64 ONLY**

To be submitted directly to:

**Pacific Cross Insurance Company Limited**  
**c/o International Services Pacific Cross**

Chase Plaza Tower 19th Floor Jl. Jend. Sudirman Kav. 21 Jakarta 12920, Indonesia

t. (+62.21) 2598 9878 f. (+62.21) 2598 9879 E-mail: agency.broker@pic-indo.com / consultant@pic-indo.com

*Note: Please complete in full and submit this form to Pacific Cross.*

*Non - Pacific Cross Pre – Approved Doctors will need to submit board certifications and license information along with this report.*

*The fee shall be refunded to the Applicant if the application is approved by the Company but the maximum amount shall not exceed US\$ 250*

**PART I (TO BE FILLED OUT BY THE APPLICANT)**

Name : Last : \_\_\_\_\_ First : \_\_\_\_\_ Middle : \_\_\_\_\_  
 Address : \_\_\_\_\_  
 Telephone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_  
 Date of Birth (MM/DD/YY) : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_ Sex : \_\_\_\_\_  
 Country of Citizenship : \_\_\_\_\_ Country of Residence : \_\_\_\_\_  
 Father's Name : \_\_\_\_\_ Mother's Name : \_\_\_\_\_  
 If Deceased, Caused of Death : \_\_\_\_\_ If Deceased, Caused of Death : \_\_\_\_\_  
 No. of Siblings : \_\_\_\_\_ If Any Sibling Is Deceased, Caused of Death : \_\_\_\_\_  
 Medical Coverage :  Yes  No

This note gives the physician permission to report any medical information requested to Pacific Cross Insurance Co. Ltd. or its administrators.

\_\_\_\_\_  
Signature of Applicant

\_\_\_\_\_  
Date (MM/DD/YY)

**PART II (TO BE FILLED OUT BY THE PHYSICIAN)**

**II - A MEDICAL QUESTIONNAIRE** (Mark "Yes" or "No" and circle the specific item)

	Yes	No		Yes	No
1. Weight loss / weight gain for the past 6 months	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Frequent/painful urination, change in caliber of urine /hematuria, passage of stone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Unexplained headache/dizziness, seizure, localized weakness or numbness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Abnormal vaginal discharge or bleeding, painful/ abnormal menstruation, breast pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Blurring of vision, recurrent rhinitis, sorethroat, ear discharge or decreased hearing sensation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Joint pain, non healing wound, change in color of extremities, claudication, cramps edema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Painful swallowing, recurrent abdominal pain, change in bowel habit and caliber of stool, hematemesis, hematochezia or melena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Ecchymoses, petechia, easy bruisability, gum or nose bleeding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Chest pain, choking sensation, shortness of breath, easy fatigability, orthopnea or paroxysmal nocturnal dyspnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Allergies, history of angioneurotic edema or any anaphylactic reaction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Details: _____		

**ADDITIONAL INFORMATION**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**SOCIAL HISTORY**

	Yes	No	
SMOKING	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Details : _____
ALCOHOL INTAKE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Details : _____
ANY FORM OF EXERCISE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Details : _____

**FAMILY HISTORY** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PAST MEDICAL HISTORY** (confinements, previous illness, etc.) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**II - B PHYSICAL EXAMINATION REPORT** (please comment on each area)

- 1. VITAL SIGN : BP : (SITTING) \_\_\_\_\_ (STANDING) \_\_\_\_\_ HR: \_\_\_\_\_ /MIN TEMP: \_\_\_\_\_ C°  
: HEIGHT: \_\_\_\_\_ cm WEIGHT: \_\_\_\_\_ kg
- 2. HEENT : EYES : \_\_\_\_\_ NOSE : \_\_\_\_\_  
FUNDOSCOPY: \_\_\_\_\_ EARS: \_\_\_\_\_  
NECK/THROAT: \_\_\_\_\_
- 3. LUNGS : \_\_\_\_\_
- 4. BREAST EXAMINATION (for female) : \_\_\_\_\_
- 5. HEART : \_\_\_\_\_
- 6. ABDOMEN : \_\_\_\_\_
- 7. EXTREMITIES : \_\_\_\_\_

**DIAGNOSTIC TEST RESULTS** (copies of relevant result are required)

- A. CHEST X-RAY : \_\_\_\_\_
- B. 12 LEAD ECG : \_\_\_\_\_
- C. ROUTINE URINALYSIS (Micro) : \_\_\_\_\_
- D. COMPLETE BLOOD COUNT (CBC) : \_\_\_\_\_
- E. LIPID PROFILE : \_\_\_\_\_
- F. LIVER FUNCTION TEST (SGPT, SGOT, GGT : \_\_\_\_\_  
Alkaline phosphate, Bilirubins, Albumin)
- G. KIDNEY FUNCTION TEST : \_\_\_\_\_  
(BUN, Creatinine, Uric Acid)
- H. THYROID FUNCTION TEST (T3 & T4) : \_\_\_\_\_
- I. FASTING BLOOD SUGAR : \_\_\_\_\_
- J. HbA1c : \_\_\_\_\_
- K. HEP TESTS (B & C) : \_\_\_\_\_
- L. HIV : \_\_\_\_\_
- M. PSA (MALE) : \_\_\_\_\_
- N. PAP SMEAR (FEMALE) : \_\_\_\_\_

**ADDITIONAL TEST RESULT** (to be done if indicated): (copies of relevant result are required)

- A. 2-D ECHO CARDIOGRAM WITH DOPPLER: \_\_\_\_\_
- B. TREADMIL STRESS TEST : \_\_\_\_\_
- C. BILATERAL MAMMOGRAPHY : \_\_\_\_\_  
ULTRASOUND (for female)
- D. URINALYSIS (C & S) : \_\_\_\_\_
- E. ABDOMINAL ULTRASOUND : \_\_\_\_\_
- F. ALPHA FETO PROTEIN : \_\_\_\_\_

**IMPRESSION :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature of Attending Physician

\_\_\_\_\_  
Name of Physician

\_\_\_\_\_  
Date (MM/DD/YY)