

Nama Pemegang Polis (Name of Policy Holder): \_\_\_\_\_ Telp (Phone): \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Alamat (Address): \_\_\_\_\_

Negara Tempat Tinggal (Country of Residence): \_\_\_\_\_ Negara Tujuan (Country (ies) to be visited): \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

Silahkan  Kotak yang Sesuai (Please  The Appropriate Box) - Pilihan Pertanggungan (Coverage Selected)  Premier Plan  Executive Plan

Tanggal Berlakunya Polis (Preferred Effective Date): \_\_\_\_\_ MM/ \_\_\_\_\_ DD/ \_\_\_\_\_ YY

Nama Ahli Waris (Name of Appointed Beneficiary): \_\_\_\_\_ Hubungan dengan Tertanggung (Relation to Insured): \_\_\_\_\_

No.	Nama Tertanggung (Name of Insured Person)	Jen-Kel (Sex)	Tgl. Lahir (MM/DD/YY) (Date of Birth)	Pekerjaan (Occupation)	No. Paspor (Passport No.)	Opsi Perlindungan Mobil Sewaan (Optional Rental Car Protection)	Manfaat Kecelakaan Diri, Jumlah Tambahan pertanggungan (Personal Accident Benefit, Additional Sum Insured)	Premi (Premium)
1.						<input type="checkbox"/> Ya (Yes) <input type="checkbox"/> Tidak (No)		
2.						<input type="checkbox"/> Ya (Yes) <input type="checkbox"/> Tidak (No)		
3.						<input type="checkbox"/> Ya (Yes) <input type="checkbox"/> Tidak (No)		
4.						<input type="checkbox"/> Ya (Yes) <input type="checkbox"/> Tidak (No)		
5.						<input type="checkbox"/> Ya (Yes) <input type="checkbox"/> Tidak (No)		

Terlampir cek Pembayaran sebesar US\$ \_\_\_\_\_ yang ditujukan ke:

Total Premi untuk Polis Ini (Total Premium for This Policy)

(Hereby I Enclose my check for US\$ payable to): **PT. MALACCA TRUST WUWUNGAN INSURANCE** American Express  Visa  MasterCard No. Kartu (Card No.) \_\_\_\_\_ Masa Berlaku (Expiry Date MM/YY): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ T.T.D (Signature of Cardholder): \_\_\_\_\_

Nama Pemegang Kartu (Name of Cardholder): \_\_\_\_\_ Hubungan dengan Pemohon (Relationship to Applicant): \_\_\_\_\_

**Pernyataan / Declaration:** Dengan ini Saya mengajukan permohonan untuk Polis Asuransi Perjalanan Annual Travel Plan berdasarkan pernyataan-pernyataan di atas, dan menjamin bahwa sepanjang pengetahuan dan keyakinan saya bahwa tidak ada Tertanggung yang melakukan perjalanan berlawanan dengan saran dari seorang praktisi medis atau untuk tujuan mendapatkan perawatan medis dan saya memahami bahwa pengobatan untuk penyakit yang sudah ada sebelumnya, yang ada, pengobatan berulang atau kondisi media bawaan tidak diasuransikan. Saya juga menjamin bahwa saya tidak mengetahui adanya kondisi, penyebab, atau keadaan yang mungkin memerlukan pembatalan atau pembatasan perjalanan sesuai yang direncanakan. Saya selanjutnya memberi kuasa kepada Perusahaan untuk memberikan data pribadi saya termasuk tetapi tidak terbatas pada kesehatan dan rincian klaim yang diajukan kepada perusahaan reasuransi yang mana Perusahaan memiliki atau mempunyai kesepakatan, kepada agen, atau penyedia layanan pihak ketiga yang menyediakan layanan kepada Perusahaan sehubungan dengan operasi bisnisnya.

I hereby apply for an Annual Travel Insurance Policy to be based on the above statements, and warrant that to the best of my knowledge and belief that no Insured Person is travelling contrary to the advice of a medical practitioner or for the purpose of obtaining medical treatment and that I understand treatment of any pre-existing, existing, recurring or congenital medical conditions is not insured. I further warrant that I am not aware of any condition, cause or circumstances that may necessitate the cancellation or curtailment of the journey as planned. I further authorize the Company to provide my personal data including but not limited to health and details of the claims incurred 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.

Tanda Tangan Pemohon (Applicant Signature): \_\_\_\_\_ Tanggal (Date): \_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_ DD \_\_\_\_\_ YY Agen/Broker: \_\_\_\_\_