

# FORMULIR APLIKASI M - SAFE

Nama Pemegang Polis/Pemohon Belakang \_\_\_\_\_ Depan \_\_\_\_\_ Tengah \_\_\_\_\_

Alamat \_\_\_\_\_ **Telepon** Rumah \_\_\_\_\_  
 Kantor \_\_\_\_\_  
 Seluler \_\_\_\_\_

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

DATA DIRI TERTANGGUNG	TERTANGGUNG #1	TERTANGGUNG #2	TERTANGGUNG #3	TERTANGGUNG #4
Nama Keluarga				
Nama Depan dan Tengah				
Tanggal Lahir	___/___/___ (HH/BB/TT)	___/___/___ (HH/BB/TT)	___/___/___ (HH/BB/TT)	___/___/___ (HH/BB/TT)
Jenis Kelamin	Pria <input type="checkbox"/> Wanita <input type="checkbox"/>	Pria <input type="checkbox"/> Wanita <input type="checkbox"/>	Pria <input type="checkbox"/> Wanita <input type="checkbox"/>	Pria <input type="checkbox"/> Wanita <input type="checkbox"/>
Hubungan dengan Pemegang Polis				
Pekerjaan				
Merokok				
Tinggi	___ Cm/ ___ Ft ___ In	___ Cm/ ___ Ft ___ In	___ Cm/ ___ Ft ___ In	___ Cm/ ___ Ft ___ In
Berat	___ Kg/ ___ Lb	___ Kg/ ___ Lb	___ Kg/ ___ Lb	___ Kg/ ___ Lb
No. KTP atau Paspor				
Kewarganegaraan				
Negara Tempat Tinggal				

PLAN YANG DIPILIH				
<b>M - SAFE</b>	<input type="checkbox"/> TOPAS	<input type="checkbox"/> OPAL	<input type="checkbox"/> SAFIR	<input type="checkbox"/> INTAN
<b>Pilihan Plan</b>	<input type="checkbox"/> + RI	<input type="checkbox"/> + RI dan RJ		

**PERTANYAAN UMUM**

1. Apakah anda telah diasuransikan dalam 3 tahun terakhir? Ya ( ) Tidak ( ). Jika Ya, mohon diberikan informasi berikut:  
 - Apakah polis Anda masih berlaku dan kapan tanggal berakhirnya? \_\_\_\_\_  
 - Apakah Anda telah mengajukan klaim dalam 3 tahun terakhir? Jika Ya, mohon berikan rinciannya \_\_\_\_\_  
 - Apakah perusahaan Asuransi sebelumnya melakukan perubahan kondisi polis saat perpanjangan? Jika Ya, mohon berikan rinciannya \_\_\_\_\_  
 - Mohon diserahkan salinan polis dan daftar manfaat \_\_\_\_\_

2. Apakah Anda pernah menderita atau membutuhkan konsultasi, pengobatan jangka panjang, perawatan terapi, perawatan di Rumah Sakit, rumah perawatan, pembedahan atau perawatan untuk suatu penyakit selain penyakit ringan (seperti infeksi saluran pernafasan atas, flu, gastroenteritis dan lain-lain)?  
 Ya ( ) Tidak ( ) Jika Ya, mohon berikan rinciannya  
 Nama Dokter yang Merawat : \_\_\_\_\_ Rumah Sakit \_\_\_\_\_ No. Telp. \_\_\_\_\_  
 Jenis dan Lama Kondisi Sakit : \_\_\_\_\_  
 Tanggal Konsultasi : \_\_\_\_\_  
 Jenis perawatan dan kemungkinan harus dirawat lebih lanjut : \_\_\_\_\_

3. Apakah Anda pernah dianjurkan untuk mendapatkan pemeriksaan Rontgen, ECC, MRI, CT Scan atau pemeriksaan/ penyelidikan/ fasilitas laboratorium medis lainnya?  
 Ya ( ) Tidak ( ) Jika Ya, mohon berikan rinciannya :  
 Nama Dokter yang Merawat : \_\_\_\_\_ Rumah Sakit \_\_\_\_\_ No. Telp. \_\_\_\_\_  
 Jenis dan Lama Kondisi Sakit : \_\_\_\_\_  
 Tanggal Konsultasi : \_\_\_\_\_  
 Jenis perawatan dan kemungkinan harus dirawat lebih lanjut : \_\_\_\_\_

Cara Pembayaran Premi:

Tahunan  Semesteran (52% dari premi tahunan)

# PERTANYAAN MEDIS

1. Apakah anda pernah mendapatkan gejala atau diagnosa, diselidiki atau dirawat untuk suatu keadaan yang disebutkan sebagai berikut: (garis bawahi hal yang sesuai dan jelaskan dibagian yang tersedia dibawah ini)
- |   | YA                       | TIDAK                    |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a). Gangguan bicara, lumpuh, hilang pendengaran, cacat fisik, lemah fisik, penyakit bawaan dari lahir atau kondisi kronis?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b). Asma, kondisi/gangguan pernafasan atau alergi atau gangguan mata, telinga, hidung, tenggorokan?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c). Gangguan mental/kejiwaan, pingsan, kehilangan kesadaran, perubahan keadaan emosional, kecanduan obat/alkohol, ayatan/kejang?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d). Hipertensi, masalah tekanan darah (tinggi/rendah), sakit dada, masalah kolesterol, vertigo, gangguan jantung/peredaran darah?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e). Batu ginjal, penyakit kelamin, atau gangguan kandung kemih, prostat, ginjal atau saluran kemih?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f). Hepatitis, ulkus, wasir, radang usus besar atau gangguan perut, empedu, hati atau usus?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g). Sciatica, sakit bagian belakang, sakit sendi atau rematik, penyakit artritis, penyakit atau gangguan otot, sendi atau tulang?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h). Kelainan darah atau gangguan pembuluh darah?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i). HIV, AIDS, Kompleks berkaitan dengan AIDS, atau indikasi mengenai gangguan sistem kekebalan atau darah?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j). Kanker, tumor/benjolan atau kista?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k). Gangguan kulit?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l). Diabetes melitus, gangguan kelenjar atau hormon?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m). Demam rematik, encok, malaria atau hernia yang bersifat apapun juga?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n). Gangguan kandungan atau penyakit atau komplikasi yang berkaitan dengan kehamilan?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| o). Penyakit atau gangguan lainnya?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Apakah anda pernah dirawat dengan prednisolon atau obat steroid, atau sedang dalam pengobatan (alergi)? (mohon jelaskan dosis obat rinciannya)                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Apakah anda pernah terlibat dalam suatu olahraga? (mohon jelaskan)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Apakah anda pernah atau saat ini seorang perokok?<br>Jika ya, berapa lama dan jika masih seorang perokok, berapa banyak batang rokok per hari?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Apakah anda mengkonsumsi alkohol secara teratur?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Apakah ada anggota anda yang menderita diabetes, tekanan darah tinggi, kelainan mental, penyakit jantung, TB atau masalah ginjal, kanker, stroke, atau hepatitis kronik? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Jika Anda menjawab "Ya" untuk pertanyaan di atas, mohon rincian secara lengkap termasuk riwayat medis, diagnosa, tanggal perawatan dan jenis perawatan yang diberikan, tanggal konsultasi terakhir dan laporan medis terkait, dll. (jika ruang di bawah ini tidak cukup, gunakan lembar terpisah).

## PERNYATAAN

Saya dalam hal ini sebagai Pemegang Polis dan/atau Peserta (Tertanggung) menyatakan setuju bahwa:

- Saya mendaftarkan diri untuk mendapatkan perlindungan asuransi yang dikeluarkan oleh PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance selaku Penanggung.
- Sebelum seluruh persyaratan pertanggungan diterima Penanggung sesuai ketentuan Polis Asuransi, Penanggung tidak menjamin adanya pertanggungan.
- Apabila diketahui adanya perubahan kondisi Pemegang Polis/Peserta (Tertanggung) sebelum kondisi dapat diasuransikan tercapai, maka setiap saat Penanggung berhak melakukan seleksi risiko ulang dan Pengelola mempunyai hak untuk membatalkan pertanggungan berdasarkan hasil seleksi risiko ulang tersebut.
- Saya telah membaca, mengerti, dan menjawab pertanyaan-pertanyaan pada Formulir Aplikasi Asuransi Kesehatan ini dengan lengkap dan benar, serta seluruh keterangan telah Saya baca dan periksa kembali kebenarannya sebelum menandatangani Formulir Aplikasi Asuransi Kesehatan ini. Saya juga memahami bahwa keterangan, pernyataan, dan penjelasan tersebut menjadi dasar pertanggungan dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis yang diajukan. Dengan demikian, Saya memberi kuasa kepada **PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance** atau pihak yang diberi kuasa olehnya untuk:
  - Memverifikasi informasi yang telah saya berikan kepada pihak manapun dan memperoleh segala catatan dan keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan saya dari Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Instansi Pemerintah, Perorangan atau Organisasi Lainnya dan bertanggung jawab atas segala isinya dan apabila terdapat keterangan yang tidak benar, maka Saya akan tunduk pada ketentuan Polis.
  - Memberikan informasi yang dikumpulkan oleh **PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance** kepada pihak yang berkepentingan (termasuk namun tidak terbatas pada reasuransi, penyidik klaim, bank dan asosiasi industri) yang memiliki kerjasama dengan **PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance** untuk tujuan memproses aplikasi ini dan/atau memproses pembayaran klaim dan/atau untuk keperluan administrasi Polis lainnya.
  - Seluruh salinan dokumen yang diberikan sehubungan dengan penutupan Polis ini adalah sesuai asli dan masih berlaku.

\_\_\_\_\_  
Nama Pemohon (HURUF BESAR)  
dan tanda tangan

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

\_\_\_\_\_  
Broker/Agen

Anda diwajibkan untuk membaca dan memahami semua pertanyaan dan jawaban yang Anda berikan. Tandatanganilah formulir permohonan ini hanya jika jawaban dipastikan sudah benar. Formulir permohonan berlaku 30 (tiga puluh) hari kalender dan tanggal formulir dilengkapi. Anda wajib mengajukan permohonan ulang apabila masa 30 (tiga puluh) hari sudah lewat.