



M - PROTECT



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.



Diskon tanpa klaim.
No Claim Discount.



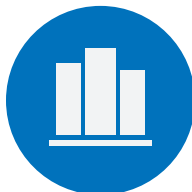
Bantuan darurat 24 Jam.
24-hour emergency assistance.



Premi yang diberikan sudah termasuk rawat inap dan rawat jalan.
The premium provided including inpatient and outpatient care.



Opini medis kedua.
Medical second opinion.



Pilihan plan variatif.
Variety of plan choices



Garansi perpanjangan polis.
Guaranteed renewable policy.

+ 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.



TABEL MANFAAT

Benefits Schedule

MANFAAT RAWAT INAP	PLAN B			PLAN C		
	Tanpa Co-Share 1,000,000	Co-Share 10% 1,000,000	Co-Share 20% 1,000,000	Tanpa Co-Share 1,350,000	Co-Share 10% 1,350,000	Co-Share 20% 1,350,000
DESKRIPSI <i>(Description)</i>						
Biaya Kamar & Menginap - per hari, maks. 365 hari <i>Room rates - per day, 365 days (max.)</i>	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,350,000	1,350,000	1,350,000
Unit Perawatan Intensif - per hari, maks. 20 hari <i>(Intensive care unit - per day, 20 days (max.))</i>	2,000,000	2,000,000	2,000,000	2,500,000	2,500,000	2,500,000
Biaya Dokter Bedah - per kasus rawat inap <i>(Cost of Surgery - per case)</i>						
Biaya Anastesi - per kasus rawat inap <i>(Anesthetic costs - per case)</i>						
Biaya Kamar Bedah - per kasus rawat inap <i>(Cost of the surgery room - per case)</i>						
Biaya Aneka Perawatan - per kasus <i>(Anaesthetist's Fee - per case)</i>						
Biaya Kunjungan Dokter di Rumah Sakit per hari, maks. 365 hari <i>(Doctor's visit at the hospital per day, 365 days (max.))</i>	Sesuai tagihan	Sesuai tagihan	Sesuai tagihan	Sesuai tagihan	Sesuai tagihan	Sesuai tagihan
Biaya Konsultasi Dokter Ahli per hari, maks. 365 hari <i>(Specialist consulting fee per day, 365 days (max.))</i>	penggantian penuh <i>(Full as charged)</i>	penggantian 90 % <i>(90%</i>	penggantian 80 % <i>(80%</i>	penggantian penuh <i>(Full as charged)</i>	penggantian 90 % <i>(90%</i>	penggantian 80 % <i>(80%</i>
Perawatan Gigi Darurat Akibat Kecelakaan per tahun <i>(Accidental damage to teeth - per year)</i>		reimbursement)	reimbursement)		reimbursement)	reimbursement)
Perawatan Rawat Jalan Darurat Akibat Kecelakaan per tahun						
Juru rawat pribadi - per hari, maks. 30 hari <i>(Private nurse - per day, 30 days (max.))</i>						
Ambulan lokal - per kasus <i>(Local ambulance - per case)</i>						
Biaya Alat Bantu Tanam - per tahun <i>(Costs of inplant - per year)</i>						
Haemodialisa, Kemoterapi & Radioterapi per tahun <i>(Hemodialysis, chemotherapy & radiotherapy - per year)</i>	7,500,000	7,500,000	7,500,000	10,000,000	10,000,000	10,000,000

TABEL MANFAAT

Benefits Schedule

MANFAAT RAWAT INAP	PLAN B			PLAN C		
	Tanpa Co-Share 1,000,000	Co-Share 10% 1,000,000	Co-Share 20% 1,000,000	Tanpa Co-Share 1,350,000	Co-Share 10% 1,350,000	Co-Share 20% 1,350,000
DESKRIPSI <i>(Description)</i>						
Manfaat HIV/AIDS - per tahun <i>(Benefits of HIV / AIDS treatment - per year)</i>	7,500,000	7,500,000	7,500,000	10,000,000	10,000,000	10,000,000
Biaya Sebelum & Setelah Rawat Inap 30 hari sebelum & 30 hari setelah rawat inap per kasus rawat inap <i>(Pre & post hospitalization Expenses - 30 days pre & post hospitalization, per case)</i>	3,000,000	3,000,000	3,000,000	5,000,000	5,000,000	5,000,000
Biaya Rawat Jalan - per tahun <i>(Outpatient costs - per year)</i>	3,000,000	3,000,000	3,000,000	5,000,000	5,000,000	5,000,000
Biaya Non Medis - per kasus <i>(Non-medical costs - per case)</i>	150,000	150,000	150,000	150,000	150,000	150,000
Evakuasi Medis & bantuan darurat lokal <i>(Medical evacuation & local emergency assistance)</i>	Termasuk <i>(included)</i>	Termasuk <i>(included)</i>	Termasuk <i>(included)</i>	Termasuk <i>(included)</i>	Termasuk <i>(included)</i>	Termasuk <i>(included)</i>
Opini Medis Kedua <i>(Medical second opinion)</i>	Termasuk <i>(included)</i>	Termasuk <i>(included)</i>	Termasuk <i>(included)</i>	Termasuk <i>(included)</i>	Termasuk <i>(included)</i>	Termasuk <i>(included)</i>

Batas Manfaat Tahunan Untuk Individu <i>(Annual benefit limit for individuals)</i>	100,000,000	135,000,000
Batas Manfaat Tahunan Untuk Keluarga <i>(Annual benefit limit for families)</i>	200,000,000	270,000,000
Santunan Kematian Oleh Sebab Apapun <i>(Death Compensation by any cause)</i>	10,000,000	10,000,000

Individu - Batasan top up <i>(Individual - Top up limit)</i>	200,000,000	270,000,000
Keluarga - Batasan top up <i>(Family - Top Up Limit)</i>	300,000,000	405,000,000



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

DISKON TANPA KLAIM (NO CLAIM DISCOUNT)

Diskon tanpa klaim - sebuah diskon yang diberikan kepada Tertanggung yang tidak mendapatkan diskon grup dan telah diasuransikan dalam periode tidak kurang dari 12 bulan. Ketika polis seorang tertanggung tetap bebas klaim pada saat perpanjangan, diskon tanpa klaim akan diterapkan.

No Claim Discount - A No Claim Discount will be offered to Insured Person who are not entitled to Group Discount and have been insured for a period of not less than 12 months. While an Insured Person's plan remains claim-free at each renewal, the following No Claim Discount will be applied.

Tahun / Year 0	Tahun / Year 1	Tahun / Year 2	Tahun / Year 3
Tidak ada Diskon (No Discount)	10% Diskon (Discount)	15% Diskon (Discount)	20% Diskon (maksimal) (Discount (maximum))

Jika sebuah klaim dibuat oleh seorang tertanggung selama tahun polis, semua diskon bebas klaim yang diterima akan hilang dan status diskon akan dimulai kembali seperti pada tahun 0 seperti yang dijelaskan diatas. Diskon tanpa klaim diterapkan hanya untuk premi pada manfaat dasar. Klaim untuk rencana manfaat tambahan tidak akan berdampak pada diskon tanpa klaim.

If a claim is made by an Insured Person during a policy year, any No Claim Discount achieved will be lost and the status of the discount will be as at Year 0 shown above. The No Claim Discount applies only to the premium in respect of the basic benefit. Claims against any Optional Benefit Plans will not affect the No Claim Discount.

CATATAN (NOTES)

- Berlaku 15% penambahan beban wilayah geografis untuk penduduk negara Uni Eropa dan Swiss
- Berlaku 20% penambahan beban wilayah geografis untuk penduduk Hong Kong
- Penambahan beban wilayah geografis untuk penduduk Amerika Utara diberikan berdasarkan permintaan
- Premi belum termasuk biaya materai
- Premi untuk usia di atas 65 diberikan berdasarkan permintaan
- Diskon Grup: 5 - 20 orang : 10% dan 21 atau lebih orang : 20%
- Usia masuk maksimal 65 tahun, mulai usia 56 tahun ke atas harap melakukan *medical check up*
- Diskon premi tahunan 6% - Bebas biaya tambahan untuk premi semesteran

- 15% geographical loading applies to residents in E.U. Countries and Switzerland
- 20% geographical loading applies to residents in Hong Kong
- Geographical loading for North American residents is available upon request
- The above premiums exclude stamp duty
- Medical premiums for age 65 and above are available upon request
- Group Discount: 5-20 persons: 10% and 21 or more persons: 20%
- Maximum entry age 65 years old, start from 56 years old should be medical check up
- 6% annual premium discount - Free of surcharge for semi annual premiums

Brosur ini bukan merupakan perjanjian asuransi. Syarat, ketentuan, pengecualian serta rincian manfaat yang lengkap ditetapkan di dalam Ketentuan Polis Asuransi itu sendiri.

This brochure is not contract. For exact wording and complete details of cover, terms, conditions, and exclusions of the Policy, please refer to the Policy it self.

FORMULIR APLIKASI M-PROTECT

M-Protect 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)				
Merokok (Smoking)	<input type="checkbox"/> Ya / Yes <input type="checkbox"/> Tidak / No	<input type="checkbox"/> Ya / Yes <input type="checkbox"/> Tidak / No	<input type="checkbox"/> Ya / Yes <input type="checkbox"/> Tidak / No	<input type="checkbox"/> Ya / Yes <input type="checkbox"/> Tidak / No
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)				
Plan yang dipilih (Plan selection)				
Nama Penerima Manfaat (Beneficiary Designation)				
Hubungan Dengan Tertanggung (Relationship to Insured Person)				

PERTANYAAN UMUM

General Questions

- Apakah anda telah diasuransikan dalam 3 tahun terakhir? Ya () Tidak (). Jika Ya, mohon diberikan informasi berikut:
 Have you been insured for the past 3 years? Yes No (). If yes, please provide the following information:
 - Apakah polis Anda masih berlaku dan kapan tanggal berakhirnya? Is your policy currently valid and when is the end date?

 - Apakah Anda telah mengajukan klaim dalam 3 tahun terakhir? Jika Ya, mohon berikan rinciannya
 Have you filed a claim in the past 3 years? If yes, please provide details

 - Apakah perusahaan Asuransi sebelumnya melakukan perubahan kondisi polis saat perpanjangan? Jika Ya, mohon berikan rinciannya
 (Has the insurance company changed the condition of the policy when renewal? If yes, please provide details)

 - Mohon diserahkan salinan polis dan daftar manfaat (Please submit a copy of the policy and list of benefits)

- 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 :
 Have you ever suffered or needed consultation, long-term treatment, therapeutic care, hospital treatment, nursing home, surgery or treatment for an illness other than ailments (such as upper respiratory tract infections, flu, gastroenteritis etc.)? Yes () No () If yes, please provide details:

- a). Nama Dokter yang Merawat (*Name of Doctor in charge*) : _____
 b). Rumah Sakit dan No. Telepon (*Hospital and Telephone Number*) : _____
 c). Jenis dan Lama Kondisi Sakit (*Types and duration of illness*) : _____
 d). Tanggal Konsultasi (*Date of consultation*) : _____
 e). Jenis perawatan dan kemungkinan harus dirawat lebih lanjut (*Types of treatment and possibilities for further treatment*) : _____

3. Apakah Anda pernah dianjurkan untuk mendapatkan pemeriksaan Rontgen, ECG, MRI, CT Scan atau pemeriksaan / penyelidikan / fasilitas laboratorium medis lainnya? Ya () Tidak () Jika Ya, mohon berikan rinciannya :

Have you ever been advised to get an X-ray, ECG, MRI, CT scan or other examination / investigation / medical laboratory facility?

Yes () No () *If yes, please provide details:*

- a). Nama Dokter yang Merawat (*Name of Doctor in charge*) : _____
 b). Rumah Sakit dan No. Telepon (*Hospital and Telephone Number*) : _____
 c). Jenis dan Lama Kondisi Sakit (*Types and duration of illness*) : _____
 d). Tanggal Konsultasi (*Date of consultation*) : _____
 e). Jenis perawatan dan kemungkinan harus dirawat lebih lanjut (*Types of treatment and possibilities for further treatment*) : _____

Cara Pembayaran Premi (*How to pay the premiums*)

Tahunan
Annual

Semesteran (52% dari premi tahunan)
Semester (52% of annual premium)

PERTANYAAN MEDIS *Medical Questions*

1. Pada setiap saat sebelum permohonan ini apakah Anda pernah mengalami gejala atau diagnosa, diperiksa atau diobati untuk hal-hal dibawah ini: *At any time before this application whether you have experienced symptoms or been diagnosed, examined or treated for the following:*

a). Sistem Saraf: Gangguan bicara, paralisis, kehilangan pendengaran, kejang, epilepsi, gangguan mental/kejiwaan, kehilangan kesadaran, kecanduan alkohol/obat-obatan.

Nervous System: Speech disorders, paralysis, hearing loss, seizures, epilepsy, mental / psychiatric disorders, loss of consciousness, addiction to alcohol / drugs.

b). Jantung dan Pembuluh Darah: Hipertensi, masalah tekanan darah (tinggi/rendah), nyeri dada, masalah kolesterol, vertigo gangguan jantung/peredaran darah lainnya.

Heart and blood vessels: Hypertension, blood pressure problems (high / low), chest pain, cholesterol problems, vertigo, heart problems / other blood circulation.

c). Saluran Kemih: Batu ginjal, gangguan prostat, gagal ginjal, gangguan saluran kemih lainnya.

Urinary tract: Kidney stones, prostate disorders, kidney failure, other urinary tract disorders.

d). Saluran Pencernaan: Ulkus/gastritis, wasir, radang usus besar, gangguan empedu, gangguan usus, gangguan hati gangguan perut lainnya

Gastrointestinal tract: Ulcer / gastritis, hemorrhoids, colitis, bile disorders, intestinal disorders, liver disorders other stomach disorders.

e). Saluran Pernapasan: Asthma, kelainan hidung, tenggorokan dan telinga, alergi, gangguan pernapasan lainnya.

Respiratory tract: Asthma, nose, throat and ear abnormalities, allergies, other respiratory disorders.

f). Gangguan Hormon: Diabetes melitus, tiroid/paratiroid, endometriosis, gangguan hormon lainnya.

Hormone disorders: Diabetes mellitus, thyroid / parathyroid, endometriosis, other hormonal disorders.

g). Sendi dan Otot: Gangguan sendi dan otot lainnya, arthritis, asam urat, demam rematik, hernia, sciatica, gangguan pernapasan lainnya.

Joints and muscles: Other joint and muscle disorders, arthritis, gout, rheumatic fever, hernias, sciatica, other respiratory disorders.

h). Sistem Kekebalan: HIV, AIDS, kompleks berkaitan dengan AIDS, leukimia, gangguan sistem kekebalan lainnya.

Immune system: HIV, AIDS, complex related to AIDS, leukemia, other immune system disorders.

i). Benjolan/Tumor: Kanker, kista, myom. Lumps / tumors: cancer, cysts, myoma.

2. Apakah Anda saat ini sedang melakukan pemeriksaan kesehatan atau mengonsumsi obat-obatan atau menerima pengobatan?

Are you currently undergoing a health check or taking drugs or receiving treatment?

3. Apakah Anda pernah menjadi pasien rumah sakit, klinik atau sanatorium?

Have you ever been a hospital patient, clinic or sanatorium?

4. Apakah Anda seorang perokok atau apakah Anda pernah menjadi perokok?

Are you a smoker or have you ever been a smoker?

	#1	#2	#3	#4			
Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Apabila Anda menjawab "Ya" untuk pertanyaan di atas, mohon diberikan 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, mohon menggunakan lembar terpisah).
If you answer "Yes" to the question above, please provide full details including medical history, diagnosis, date of treatment and type of treatment given, date of last consultation and related medical reports, etc. (if there is not enough space below, please use a separate sheet).

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

(I as the Policyholder and/or Insured agree that):

1. Saya mendaftarkan diri untuk mendapatkan perlindungan asuransi yang dikeluarkan oleh PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance selaku Penanggung.
I apply to obtain insurance coverage issued by PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance as the insurance provider.
2. Sebelum seluruh persyaratan pertanggungan diterima oleh Penanggung sesuai ketentuan Polis Asuransi, Penanggung tidak menjamin adanya pertanggungan.
The insurer will not guarantee any insurance coverage before are requirements are received by the insurer in accordance to the Insurance Policy.
3. 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.
If there are changes in the health condition of the Policyholder/Insured prior to an insurable state, the Insurer has all right to reassess the application and to cancel the coverage based on the result of the application reassessment.
4. 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. Saya juga memahami bahwa keterangan, pernyataan, dan penjelasan tersebut menjadi dasar pertanggungan dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis yang diminta. Dengan demikian, Saya memberi kuasa kepada PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance atau pihak yang diberi kuasa olehnya untuk:
I have completely and correctly read, understood, and answered the questions on this Health Insurance Application Form, and I've read and truly examined all the information before signing the Health Insurance Application Form. I also understand that statement, information, and explanations are used as the basis of the coverage and become an inseparable component of requested Policy; Therefore, I give the power to PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance or its authorized parties to:
 - a). 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/kami akan tunduk pada ketentuan Polis.
Verify the information I have given to any party and get all the records and information about me and my state/health from my Doctors, Clinics, Hospital, Health Centers, Corporate Insurance, Legal Institution, Government, and other Individuals or Organizations. I will be subjected to the provision of the Policy for any untrue information found.
 - b). 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.
Provide the information collected by PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance to any related parties (including but not limited to reinsurance, claims investigators, banks and industry associations) that have agreements with PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance for the purpose of processing this application and/or any claims payment, and /or for the other Policy administration purpose.
5. Seluruh salinan dokumen yang diberikan sehubungan dengan penutupan Polis ini adalah sesuai asli dan masih berlaku.
All copy of documents provided for the closing of this Insurance Application are in accordance to the original documents and are still valid.

Tanda Tangan (Signature)

Tertanggung #1

Insured Person #1 _____

Tanggal (Date (MM/DD/YY)) _____

Tertanggung #2

Insured Person #2 _____

Tanggal (Date (MM/DD/YY)) _____

Tertanggung #3

Insured Person #3 _____

Tanggal (Date (MM/DD/YY)) _____

Tertanggung #4

Insured Person #4 _____

Tanggal (Date (MM/DD/YY)) _____

Pemegang Polis

Policyholder _____

Tanggal (Date (MM/DD/YY)) _____

*** (Dalam huruf besar/In block letters)**

Broker _____

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.

You are required to read and understand all the questions and answers you have given. Sign this application form only if the answer is confirmed to be correct. The application form is valid for 30 (thirty) calendar days and the date the form is completed. You must submit a re-application if the 30 (thirty) days have passed.



INFORMASI UMUM

General Information

Domisili Indonesia: Premi yang tercantum hanya berlaku untuk penduduk Indonesia, kecuali ditentukan lain oleh Perusahaan. Jika anda pindah dari Indonesia, anda wajib memberitahu Perusahaan untuk mendapatkan pertimbangan kembali atas polis.

Kelas Pekerjaan: Pertanggungans Kecelakaan Diri diberikan berdasarkan kelas bahaya risiko terkait dengan pekerjaan dan tugas calon tertanggung. Kelas 1: bahaya sangat ringan; Kelas 2: bahaya ringan; Kelas 3: tenaga kerja manual yang tidak berbahaya; dan Kelas 4: pekerjaan yang berbahaya. Untuk calon Tertanggung kategori Kelas 3, cakupan diberikan berdasarkan permintaan, dan untuk Kelas 4 cakupan tidak dapat diberikan.

Kondisi yang sudah ada sebelumnya: Setiap kondisi medis yang menunjukkan tanda atau gejala yang menyebabkan seseorang secara wajar untuk memperoleh diagnosa, perawatan dan pengobatan, atau untuk diagnosa yang mana perawatan atau pengobatan sebelum tanggal efektif polis. Kondisi Gigi yang sudah ada sebelumnya merupakan kondisi yang memerlukan perawatan dan pengobatan sejak pemeriksaan gigi pertama setelah tanggal efektif polis.

Premi: Berdasarkan usia Tertanggung pada tanggal efektif polis; tabel tarif yang berlaku pada tanggal jatuh tempo pembayaran; tempat tinggal, status keluarga, cara bayar dan faktor-faktor lainnya yang mempengaruhi biaya asuransi. Premi dapat berubah dengan mempertimbangkan riwayat klaim dan kriteria-kriteria lain yang ditentukan oleh Perusahaan. Pembaharuan polis dilakukan secara otomatis saat pembayaran Premi Pembaharuan dengan ketentuan bahwa Tertanggung tetap bertempat tinggal di Indonesia (atau lokasi lain sebagaimana disetujui).

Masa Tunggu: Untuk penggantian atas klaim akibat suatu penyakit berlaku masa tunggu 7 hari setelah tanggal efektif polis. Masa tunggu diabaikan untuk cedera yang diakibatkan karena kecelakaan. Masa tunggu 12 bulan untuk kondisi yang telah ada sebelumnya diterima.

Keluarga: susunan orang-orang yang disatukan oleh ikatan pernikahan, darah atau adopsi yang sah. Dalam hal ini keluarga yang dimaksud adalah keluarga inti yang terdiri atas Bapak, Ibu dan (maksimum) 3 orang anak.

Garansi perpanjangan tanpa memandang usia, kondisi medis atau lokasi.

Pengecualian: (dirangkum dari polis) Program Asuransi Kesehatan tidak menjamin perawatan, pengobatan, jasa atau alat-alat untuk:

- Pemeriksaan kesehatan berkala dan perawatan/pemeriksaan/perawatan yang tidak dibutuhkan secara medis
- Kelainan bawaan atau penyakit herediter
- Gangguan tumbuh kembang
- Penyakit hubungan seksual
- Perawatan dan pengobatan gigi
- Tindakan yang berhubungan dengan kehamilan
- Perawatan dan pengobatan sehubungan dengan gangguan jiwa
- Sirkumsisi yang dilakukan tanpa indikasi medis
- Vaksinasi atau imunisasi
- Perawatan dan pengobatan sehubungan dengan kosmetik
- Cedera atau penyakit akibat tindakan percobaan bunuh diri
- Cedera atau penyakit akibat peperangan
- Cedera atau penyakit akibat berpartisipasi dalam huru hara dan perbuatan melanggar hukum
- Pengobatan atau perawatan akibat kecelakaan menjadi awak pesawat udara
- Cedera atau penyakit akibat narkoba
- Pengobatan atau perawatan akibat aktifitas berbahaya
- Perawatan atau pengobatan eksperimental
- Pembelian organ tubuh dan prosedur transplantasi organ tubuh
- Perawatan medis ditempat pelayanan kesehatan yang tidak sesuai dengan izin operasionalnya
- Pemeriksaan diagnostik tanpa indikasi medis
- Pertanggungans atas resiko meninggal dunia

Masa Leluasa 7 Hari: Anda dapat mengembalikan polis dalam 14 hari sejak polis anda terima untuk mendapatkan pengembalian premi secara penuh (garansi perpanjangan).

Indonesian Domicile: The premiums listed are only valid for Indonesian residents, except those that have been determined by the Company. If you move from Indonesia, you must notify the Company for reconsideration of the policy.

Job class: Personal accident coverage is given based on the risk hazard class related to the work and duties of the prospective insured. Class 1: danger is very mild; Class 2: mild danger; Class 3: harmless manual labor; and Class 4: hazardous work. For prospective Insured Class 3 categories, coverage is provided on request, and for Class 4 coverage cannot be given.

Pre-existing conditions: Any medical condition that shows signs or symptoms that cause a person to naturally get a diagnosis, treatment and treatment, or to diagnose which care or treatment before the effective date of the policy. Pre-existing dental conditions are conditions that require care and treatment since the first dental examination after the effective date of the policy.

Premium: Based on the age of the Insured on the effective date of the policy; the tariff table that applies to the due date of payment; place of residence, family status, method of payment and other factors that affect insurance costs. Premiums can change by considering the claim history and other criteria determined by the company. Policy renewals are carried out automatically at the time of the renewal premium payment provided that the Insured remains resident in Indonesia (or another location as agreed).

Waiting Period: For reimbursement of claims due to an illness, a waiting period of 30 days after the effective date of the policy applies. The waiting period is ignored for injuries caused by accidents. 12 month waiting period for approved pre-existing conditions.

Family: composition of people who are united by marriage, blood ties or legal adoption. In this case the intended family is the main family consisting of father, mother and (maximum) 3 children.

Guaranteed renewable policy.

Exceptions: (summarized from the policy) The Health Insurance Program does not guarantee care, treatment, services or tools for:

- Periodic health checks and care/examinations/treatments that are not medically needed
- Congenital abnormalities or hereditary diseases
- Disorders of growth and development
- Sexually transmitted diseases
- Dental care and treatment
- Actions related to pregnancy
- Care and treatment related to mental disorders
- Circumcision is carried out without medical indication
- Vaccination or immunization
- Care and treatment with respect to cosmetics
- Injury or illness due to suicide attempts
- Injury or disease due to war
- Injury or illness as a result of participating in riots and illegal acts
- Care or treatment due to an accident being an airplane crew
- Injuries or diseases caused by drugs
- Care or treatment due to dangerous activities
- Experimental care or treatment
- Purchasing body organs and organ transplant procedures
- Medical care at a health care facility that is not in accordance with its operational permit
- Diagnostic examination without medical indication
- Coverage of the risk of death

7 Days Free time: You can return the policy within 14 days of the policy received to get the full premium refund (guarantees renewability).

FOR APPLICANT OVER AGE 56 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.

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)