

No Formulir : **88011001**

FORMULIR APLIKASI ASURANSI KESEHATAN PERORANGAN
APPLICATION FORM INDIVIDUAL HEALTH INSURANCE
PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia

Digunakan hanya untuk PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia sebagai referensi "Voluntary Group Health"
 For PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia use only as reference for "Voluntary Group Health"

Nama Karyawan / Employee's Name : _____
 No Peserta / Member's No : _____
 Nama Perusahaan/ Company's Name : _____
 No Polis / Policy No : _____

Digunakan hanya untuk PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia For PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia use only

No. Produksi / Production No : _____
 No. SPAJ Syariah Life / Life's Sharia SPAJ : _____
 No. Polis Unitlink / Unitlink Policy No : _____
 No. C2C/ C2C No : _____
 Kode Cabang / Branch Code : _____

Plan _____	Rider: <input type="checkbox"/> Rawat Jalan _____ Outpatient	<input type="checkbox"/> Persalinan _____ Maternity	<input type="checkbox"/> Rawat Gigi _____ Dental	<input type="checkbox"/> Santunan Harian _____ Daily Cash	Rider: <input type="checkbox"/> Rupiah <input type="checkbox"/> USD Currency
------------	---	--	---	--	---

Isilah formulir ini dengan **HURUF KAPITAL** dan berilah tanda (✓) pada kotak pilihan yang Anda pilih. Informasi yang Anda berikan sangatlah penting bagi kami untuk penilaian risiko sebagaimana mestinya. Jika Anda tidak menjawab salah satu pernyataan di bawah ini, maka PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia berhak menolak untuk menanggung risiko tersebut.

Please complete with **BLOCK LETTERS** and tick (✓) in the appropriate box. Please note that the given information is very important in underwriting the risk. If there are no incomplete answers, PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia has the right to decline your request.

1. Data Calon Peserta / Data of the Prospective Participant

Nama Lengkap Full Name	:	_____
Jenis Kelamin Sex	:	<input type="checkbox"/> Pria Male <input type="checkbox"/> Wanita Female
Tempat & Tanggal Lahir Place & Date of Birth	:	_____
Pekerjaan Occupation	:	_____
Nama Perusahaan/Jenis Usaha Company's Name/Line of Business	:	_____
No. KTP/SIM/PASPOR ID No./Driver's License/Passport	:	_____
Kewarganegaraan Citizenship	:	_____
Sumber Dana/ Source of Fund	:	<input type="checkbox"/> Gaji/Salary <input type="checkbox"/> Warisan / Legacy <input type="checkbox"/> Usaha Lain/ Other Business WAJIB dijelaskan / Explanation REQUIRED _____ _____
Alamat Surat Menyurat Correspondence Address	:	<input type="checkbox"/> Rumah Home <input type="checkbox"/> Kantor Office
Telpon Rumah Home Phone No.	:	_____
Telpon Kantor Office Phone. No	:	_____
Faksimile Facsimile	:	_____
Handphone Mobile Phone	:	_____
Alamat Email Email Address	:	_____
Alamat Rumah Home Address	:	_____
		RT _____ RW _____ No _____ Kota / City _____ Provinsi/Province _____ Kode Pos/ Zip Code _____
Alamat Kantor Office Address	:	Gedung/Building _____ Jalan/Street _____ _____ Kota /City _____ Provinsi /Province _____ Kode Pos/ Zip Code _____

2. Data Calon Peserta (Tuliskan seluruh Calon Peserta yang akan dipertanggungjawabkan dalam Asuransi Kesehatan Perorangan ini termasuk data Calon Peserta, apabila ikut sebagai Calon Peserta)
The Applicant(s) Data (Please write data of all Applicant(s) which is will be covered in this Individual Health Insurance including data of the Participant if he/she is also the Applicant)

CALON PESERTA UTAMA / MAIN APPLICANT			
Nama Lengkap : _____ Full Name	Jenis Kelamin : _____ Sex	<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita Male Female	Tempat & Tanggal Lahir : _____ Date of Birth
No. KTP/SIM/PASPOR : _____ ID No./Driver's License/Passport	Pekerjaan : _____ Occupation	Hubungan dengan Calon Peserta Utama : _____ Relation to the Main Insured	Dokter : _____ Physician
Tempat Tinggal (sesuai KTP/SIM/Paspor) : _____ Residence (corresponds with ID/Driver's License/Passport)	<input type="checkbox"/> Indonesia / Indonesia <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan _____ Others, please explain	Punya Asuransi Kesehatan : _____ Any other Health Insurance	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No
	Berat Badan & Tinggi Badan : _____ kgs & _____ cms Weight / Height		

CALON PESERTA TAMBAHAN / ADDITIONAL APPLICANT			
Nama Lengkap : _____ Full Name	Jenis Kelamin : _____ Sex	<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita Male Female	Tempat & Tanggal Lahir : _____ Date of Birth
No. KTP/SIM/PASPOR : _____ ID No./Driver's License/Passport	Pekerjaan : _____ Occupation	Hubungan dengan Calon Peserta Utama : _____ Relation to the Main Insured	Dokter : _____ Physician
Tempat Tinggal (sesuai KTP/SIM/Paspor) : _____ Residence (corresponds with ID/Driver's License/Passport)	<input type="checkbox"/> Indonesia / Indonesia <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan _____ Others, please explain	Punya Asuransi Kesehatan : _____ Any other Health Insurance	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No
	Berat Badan & Tinggi Badan : _____ kgs & _____ cms Weight / Height		

CALON PESERTA TAMBAHAN / ADDITIONAL APPLICANT			
Nama Lengkap : _____ Full Name	Jenis Kelamin : _____ Sex	<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita Male Female	Tempat & Tanggal Lahir : _____ Date of Birth
No. KTP/SIM/PASPOR : _____ ID No./Driver's License/Passport	Pekerjaan : _____ Occupation	Hubungan dengan Calon Peserta Utama : _____ Relation to the Main Insured	Dokter : _____ Physician
Tempat Tinggal (sesuai KTP/SIM/Paspor) : _____ Residence (corresponds with ID/Driver's License/Passport)	<input type="checkbox"/> Indonesia / Indonesia <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan _____ Others, please explain	Punya Asuransi Kesehatan : _____ Any other Health Insurance	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No
	Berat Badan & Tinggi Badan : _____ kgs & _____ cms Weight / Height		

CALON PESERTA TAMBAHAN / ADDITIONAL APPLICANT			
Nama Lengkap : _____ Full Name	Jenis Kelamin : _____ Sex	<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita Male Female	Tempat & Tanggal Lahir : _____ Date of Birth
No. KTP/SIM/PASPOR : _____ ID No./Driver's License/Passport	Pekerjaan : _____ Occupation	Hubungan dengan Calon Peserta Utama : _____ Relation to the Main Insured	Dokter : _____ Physician
Tempat Tinggal (sesuai KTP/SIM/Paspor) : _____ Residence (corresponds with ID/Driver's License/Passport)	<input type="checkbox"/> Indonesia / Indonesia <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan _____ Others, please explain	Punya Asuransi Kesehatan : _____ Any other Health Insurance	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No
	Berat Badan & Tinggi Badan : _____ kgs & _____ cms Weight / Height		

CALON PESERTA TAMBAHAN / ADDITIONAL APPLICANT			
Nama Lengkap : _____ Full Name	Jenis Kelamin : _____ Sex	<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita Male Female	Tempat & Tanggal Lahir : _____ Date of Birth
No. KTP/SIM/PASPOR : _____ ID No./Driver's License/Passport	Pekerjaan : _____ Occupation	Hubungan dengan Calon Peserta Utama : _____ Relation to the Main Insured	Dokter : _____ Physician
Tempat Tinggal (sesuai KTP/SIM/Paspor) : _____ Residence (corresponds with ID/Driver's License/Passport)	<input type="checkbox"/> Indonesia / Indonesia <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan _____ Others, please explain	Punya Asuransi Kesehatan : _____ Any other Health Insurance	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No
	Berat Badan & Tinggi Badan : _____ kgs & _____ cms Weight / Height		

CALON PESERTA TAMBAHAN / ADDITIONAL APPLICANT			
Nama Lengkap : _____ Full Name	Jenis Kelamin : _____ Sex	<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita Male Female	Tempat & Tanggal Lahir : _____ Date of Birth
No. KTP/SIM/PASPOR : _____ ID No./Driver's License/Passport	Pekerjaan : _____ Occupation	Hubungan dengan Calon Peserta Utama : _____ Relation to the Main Insured	Dokter : _____ Physician
Tempat Tinggal (sesuai KTP/SIM/Paspor) : _____ Residence (corresponds with ID/Driver's License/Passport)	<input type="checkbox"/> Indonesia / Indonesia <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan _____ Others, please explain	Punya Asuransi Kesehatan : _____ Any other Health Insurance	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No
	Berat Badan & Tinggi Badan : _____ kgs & _____ cms Weight / Height		

PERTANYAAN/ QUESTIONS - Beri tanda/ Please tick (✓). Jika 'Ya', mohon sebutkan Calon Peserta nomor urut berapa dalam data Calon Peserta dan berikan penjelasan. If 'Yes', please state name of the applicant/s in the Applicant (s) data and give the explanation.	Ya Yes	Tidak No
1) Apakah ada Calon Peserta yang merokok ? / Any of the applicant/s smoke ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jika YA, mohon jelaskan Calon Peserta nomor _____ Batang/hari _____ batang/hari _____ Jenisnya _____ If YES, please state Applicant/s number How many ? cigarettes/day Type		
2) Apakah ada Calon Peserta yang mempunyai kebiasaan minum-minuman beralkohol ? Any of the applicant/s have alcohol intake on a regular basis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jika YA, mohon jelaskan Calon Peserta nomor _____ Berapa banyaknya ? _____ gelas/botol _____ Hari if _____ Minggu _____ Bulan _____ YES, please state Applicant/s number How much ? glass/bottle Day Week Month Jenisnya / Type _____		
Khusus pertanyaan no 3-5, wajib memberikan penjelasan dan keterangan selengkap-lengkapnyanya, seperti : nama penyakit, waktu terjadinya sakit, nama dokter/rumah sakit serta alamat pemberi pelayanan medis dan kondisi kesehatan saat ini. For question no 3-5, have to give complete explanation and information are required; i.e: the name of the illness, dates of illness, the attending doctor/s or hospital/s, complete with address, and the current health condition of applicant/s.		
3) Apakah ada Calon Peserta yang pernah atau sedang menggunakan obat penenang, narkotika dan/atau zat adiktif lainnya ? Any of the Applicant/s have used or currently using tranquilizers, narcotics and/or any other addictive drugs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jika YA, mohon sebutkan Calon Peserta nomor berapa dan rincian penjelasannya termasuk salinan laporan kesehatan/medis (jika ada) : If YES, please state Applicant/s number and a detailed explanation with a copy of a medical report (if any)		
4) Apakah diantara orangtua dan atau saudara kandung Calon Peserta ada yang pernah/sedang menderita penyakit kencing manis, kanker, hipertensi, sakit ginjal, sakit jantung, TBC, gangguan kejiwaan, stroke, hepatitis ? Any parent or sibling of the Applicant/s been diagnosed with or is currently suffering from diabetes, cancer, hypertension, kidney disorders, heart ailments, tuberculosis, mental disorders, stroke or hepatitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jika YA, mohon sebutkan hubungan dengan Calon Peserta dan berikan penjelasan. If YES, please state relationship with the Applicant(s) and explain.		
5) Apakah ada Calon Peserta pernah atau sedang menderita penyakit atau gejala-gejala dari yang tersebut di bawah ini : Any of the Applicant/s suffered or is currently suffering from the following diseases or their symptoms :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Kelainan/gangguan pada mata, telinga, hidung dan/atau tenggorokan/Eye, Ear, nose and/or throat disorders?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Kelainan/gangguan pada sistem syaraf dan/atau otak/Neurological and brain disorders?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Kelainan/gangguan pada sistem pernafasan/Respiratory disorders?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Kelainan/gangguan yang berhubungan dengan jantung, darah dan/atau pembuluh darah/Heart, blood and/or blood vessel disorders?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Kelainan/gangguan pada sistem pencernaan/Gastrointestinal disorders?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Kelainan/gangguan pada saluran kencing dan/atau genital/Genitourinary disorders?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Kelainan/gangguan hormonal/Hormonal disorders ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Kelainan/gangguan yang berhubungan dengan tumor jinak dan/atau ganas/Benign and/or malignant tumor disorders?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Kelainan/gangguan pada tulang dan/atau persendian/Bones and/or joints disorders?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jika YA, mohon sebutkan Calon Peserta nomor berapa dan rincian penjelasannya termasuk salinan laporan kesehatan/medis (jika ada) : If YES, please state Applicant/s number and explain in details with a copy of medical report (if any)		
6) Sebagai tambahan untuk kondisi yang telah disebutkan di atas, apakah Calon Peserta dalam keadaan sehat dan bebas dari semua kelainan atau penyakit ? In addition to the conditions mentioned above, are you currently in good health and free from any deformity or disease ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Data Rekening Pembayaran Klaim/Account Data for Claim Payment

(WAJIB diisi sesuai buku tabungan/MUST be completed in accordance with Account Book!)

Nama Bank/Name of Bank	:	_____ cabang/branch _____
No Rekening/Acc. Number	:	_____ mata uang/currency _____
Nama Pemegang Rekening/Name of Account Holder	:	_____

4. Data Penerima Data/Data of Beneficiary(s)

No	Nama Name	Jenis Kelamin Sex	No. Tanda Pengenal ID. Card No.	Tanggal Lahir Date of Birth	Hubungan Relation

5. Pembayaran Kontribusi / Premium Payment

Cara Pembayaran Kontribusi / Premium Payment			
Tahunan / Annually	Bulanan / Monthly *	Kuartalan / Quarterly*	Semesteran / Semi Annually*
*) <u>Catatan / Notes :</u> 1. Hanya berlaku untuk Rawat Inap saja / Valid for Inpatient only. 2. Hanya untuk mata uang Rupiah / For IDR only 3. Hanya berlaku untuk pembayaran kontribusi dengan Kartu Kredit / Valid for premium payment through Credit Card only			

Pembayaran Kontribusi dilakukan melalui: Premium payment through	
<u>Transfer Bank/ Bank Transfer*</u> Bank HSBC cabang WTC Jakarta a/n PT. Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia IDR : No Rek : [Masukkan No.VA][insert No.VA] Ini merupakan no. virtual account Anda untuk pembayaran kontribusi This is your virtual account number for premium payment USD : No Rek : [Masukkan No.VA]	Auto Debet Kartu Kredit / Credit Card Auto Debit Visa Master Pilihan Kartu Kredit / Credit Card Option : 1 Bill Citibank Lainnya, sebutkan : _____ Others, please explain

*Kontribusi WAJIB untuk ditransfer ke rekening PT. Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia dan tidak dapat dibayarkan melalui Tenaga Pemasar.
 Premium SHOULD BE transferred to PT. Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia account and cannot pay through Sales Force

SURAT PERNYATAAN DAN SURAT KUASA

Saya, sebagai Calon Peserta dan/atau selaku Orang Tua/Wali Calon Peserta telah menyatakan dan menyetujui:

- Semua pernyataan, keterangan dan jawaban dalam Formulir Aplikasi Asuransi Kesehatan Perorangan ini telah saya berikan sesuai dengan apa yang saya ketahui secara lengkap dan benar. Formulir Aplikasi Asuransi Kesehatan Perorangan ini akan menjadi dasar dan bagian dari Polis, dan menerima ketentuan yang tercantum dalam Syarat-syarat Umum Polis dan ketentuan khusus (jika ada) untuk program asuransi yang saya minta.
- Bahwa apabila ternyata pernyataan, keterangan dan jawaban yang saya berikan tidak benar/kurang benar, maka saya memahami dan menyetujui sepenuhnya bahwa Polis menjadi batal dan dibebaskan dari seluruh kewajibannya membayar manfaat dan seluruh yang telah dibayarkan tidak dapat ditarik kembali oleh saya.
- Perlindungan asuransi akan mulai berlaku apabila telah dibayar lunas, telah melengkapi semua persyaratan yang ditentukan dan telah disetujui oleh PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia.
- Menyetujui untuk memberi kuasa kepada PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia untuk memperoleh keterangan-keterangan dengan menghubungi rumah sakit, klinik, dokter, instansi lain yang merupakan badan hukum, perorangan atau organisasi lainnya, mengenai kondisi kesehatan, catatan kesehatan, penyakit atau cedera yang dialami oleh Calon sehubungan dengan pernyataan dalam Formulir Aplikasi Asuransi Kesehatan Perorangan ini.
- Formulir Aplikasi Asuransi Kesehatan Perorangan ini berlaku selama 60 (enam puluh) hari kalender sejak tanggal pengisian. Setelah lewat dari 60 (enam puluh) hari kalender, maka Formulir Aplikasi Asuransi Kesehatan Perorangan ini tidak berlaku lagi dan Calon Peserta wajib mengisi Formulir Aplikasi Asuransi Kesehatan Perorangan yang baru.

STATEMENT AND POWER OF ATTORNEY

I, as the Applicant and/or Parent/Guardian of the Applicant state and agree to the following:

- All statements, information and answers given in this Individual Health Insurance Application Form are complete and true, to the best of my knowledge, and will be the basis and part of the Policy, including all the General Provisions of the Policy, as well as the special conditions (if any) that are stated upon my request.
- Whereas If any statement, information, or answer is proven to be incorrect/incomplete, I am aware and agree that PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia has the right to revoke this Policy, without having the obligation to pay any benefit and all paid premium cannot be withdrawn.
- The insurance coverage will be valid after the premium has been settled in full, all requirements have been fulfilled and approved by PT. Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia.
- I agree to give power of attorney to PT. Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia to obtain information from any hospital, clinic, medical doctor, legal institution, individual, company or organization regarding my health condition, my medical records, any illness or injury as stated in Individual Health Insurance Application Form.
- This Individual Health Insurance Application Form is valid for 60 (sixty) calendar days after the date of completing the form. After 60 (sixty) calendar days, the form will no longer be valid, and the Applicant(s) will have to reapply.

PERHATIAN / ATTENTION!

- Anda berkewajiban untuk membaca dan memahami kembali seluruh pertanyaan dan jawaban yang Anda berikan dan jika Anda telah yakin bahwa jawaban tersebut adalah sesuai dengan keadaan yang sebenarnya barulah Anda menandatangani Formulir Aplikasi Asuransi Kesehatan Perorangan ini.
 You are required to read and understand all questions and answers which you have given and if you are sure that they are all correct, and then sign this Individual Health Insurance Application Form.
- Kami menghimbau agar tidak menandatangani Formulir Aplikasi Asuransi ini dalam keadaan kosong karena dapat merugikan Anda sendiri.
 We suggest that you do not sign the application form when it is blank, for it would be detrimental to yourself.

Ditandatangani di / Signed in : _____

Tanggal / Date : _____

Calon Peserta / The Prospective Participant
(_____) Nama Jelas / Full Name

Calon Peserta Utama / The Main Applicant
(_____) Nama Jelas / Full Name

Diisi oleh Tenaga Pemasar / Filled in by Sales Force	
Nama Tenaga Pemasar / Sales Force Name : _____	No Tenaga Pemasar / Sales Force No : _____

LEMBAR PENJELASAN/DISCLOSURE SHEET

**INFORMASI PENTING BAGI CALON PESERTA - ASURANSI KESEHATAN PERORANGAN
IMPORTANT INFORMATION FOR THE APPLICANT – INDIVIDUAL HEALTH INSURANCE**

Lembar Penjelasan ini dibuat khusus oleh PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia bagi Anda selaku Calon Peserta untuk menjelaskan hal-hal yang wajib Anda ketahui dari program Asuransi Kesehatan Perorangan yang telah Anda pilih. Oleh karena itu Anda wajib untuk membaca, mengerti, memahami, melengkapi dan menandatangani Lembar Penjelasan ini sebagai bukti bahwa Anda telah mengerti dan memahami manfaat program Asuransi Kesehatan Perorangan tersebut.

PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia specifically prepares this Disclosure Sheet for you as the Applicant in order to inform matters you must know regarding your Individual Health Insurance program. For this purpose, you are required to read, comprehend, fill out and sign this Disclosure Sheet as evidence that you have understood and comprehended the benefit of such Individual Health Insurance program.

1. PENYAKIT ATAU LUKA YANG TELAH ADA SEBELUMNYA DAN PENYAKIT-PENYAKIT

Penyakit atau luka yang Telah Ada Sebelumnya adalah semua penyakit, luka atau keadaan kesehatan seorang Peserta sebelum tanggal berlakunya Polis, yang :

- Telah mendapatkan diagnosa; atau
- Pada umumnya seseorang secara wajar akan berusaha untuk mendapat suatudiagnosa, perawatan, pengobatan, atau
- Telah dianjurkan oleh dokter untuk mendapat pengobatan medis, terlepas dari pengobatan sebenarnya telah dilakukan ataupun tidak.

Ketentuan Penyakit atau Luka Yang Telah Ada Sebelumnya :

- a. Setiap Peserta wajib memberikan keterangan Penyakit atau luka yang Telah Ada Sebelumnya (Pre Existing Diseases) pada Formulir Aplikasi Kesehatan Perorangan (jika ada).
- b. Sesuai keterangan sebagaimana disebutkan pada butir (a) di atas, Allianz berhak memberi keputusan sesuai ketentuan berikut :
 - i. menanggung Penyakit atau luka yang Telah Ada Sebelumnya (Pre Existing Diseases) termasuk komplikasinya, atau
 - ii. menolak untuk menanggung Penyakit atau luka yang Telah Ada Sebelumnya (Pre Existing Diseases) tersebut termasuk komplikasinya, dalam bentuk Pengecualian Permanen, atau
 - iii. menolak permohonan perlindungan.
Keputusan sebagaimana dimaksud dalam butir (i) dan (ii) di atas akan dibuat dalam suatu Endosemen yang merupakan satu kesatuan dan bagian yang tidak terpisahkan dengan Polis ini.
- c. Apabila tidak memberikan keterangan pada butir (a) di atas, maka :
 - i. Allianz berhak untuk tidak menanggung setiap klaim yang berhubungan dengan Penyakit atau luka yang Telah Ada Sebelumnya (Pre Existing Diseases) termasuk komplikasi dari Penyakit atau luka yang Telah Ada Sebelumnya (Pre Existing Diseases) tersebut, untuk selamanya, dan
 - ii. Keputusan Allianz pada butir (i) di atas selanjutnya diberlakukan sebagai Pengecualian Permanen dan akan dicantumkan dalam Endosemen.

Penyakit-penyakit Khusus adalah penyakit-penyakit yang belum/sudah pernah diketahui, dirasakan, diderita, atau didiagnosa sebelumnya, termasuk, namun tidak terbatas kepada:

- Batu dalam ginjal, saluran kemih, saluran empedu
- Jantung dan Pembuluh darah (contoh: darah tinggi dan stroke)
- Katarak
- Segala bentuk kista, tumor jinak dan/atau ganas (contoh : myoma uterus)
- Penyakit yang berhubungan dengan telinga, hidung dan tenggorokan, yang memerlukan pembedahan
- Diabetes mellitus
- Tuberculosis dan komplikasinya
- Gangguan kelenjar thyroid
- Kelainan kadar lemak dalam darah (contoh : kolesterol)
- Gagal ginjal kronis dan terminal
- Hernia Nucleus Pulpous
- Semua kasus haematologi

PRE EXISTING DISEASES AND SPECIFIED ILLNESSES

Pre Existing Diseases are any diseases, wounds or health conditions the Participant had before the effective date of the Policy that:

- Has been diagnosed; or
- In certain situation anyone will do his best to have them diagnosed, treated, or cured, or
- Has been recommended by a physician for medical treatment, whether or not it has been treated.

The provisions on Pre Existing Diseases :

- a. Provide information concerning the Pre-existing Diseases in the Form of Application for Individual Health Insurance (if any).
- b. Based on information set out at point (a) above, shall be entitled to take the following decisions :
 - i. to cover the Pre-existing Diseases and its complication, or
 - ii. to refuse to cover the Pre-existing Diseases and it complications, which is treated as Permanent Exception, or
 - iii. to refuse the application for coverage.
The decisions set out at points (i) and (ii) above-mentioned shall be made in an Endorsement, which is an integral part of this Policy.
- c. In case the Insured does not give information set out at point (a) above mentioned, then;
 - i. Allianz has the rights to refuse to pay any claims for benefits relating to the Pre-existing Diseases, including, but not limited to any complications of the Pre-existing Diseases, forever, and
 - ii. The Allianz's decision set out at point (i) above shall be treated as Permanent Exception and given in the Endorsement.

Specified Illnesses are those that have/haven't been known, felt, suffered or diagnosed before, including, but not limited to:

- a. Kidney stone, bladder stone, gall bladder stone.
- b. Heart and blood vessels (e.g. high blood pressure and stroke).
- c. Cataract
- d. All kinds of cysts, benign and/or malevolent tumor (e.g., myoma uterus)
- e. Ear, nose and/or throat disorders that requires surgery
- f. Diabetes mellitus
- g. Tuberculosis and its complication
- h. Thyroid gland disorder
- i. Fat disorder in the blood (e.g., cholesterol)
- j. Chronic and terminal kidney failure
- k. Hernia Nucleus Pulpous
- l. All cases of hematology

Saya mengerti dan memahami bahwa dalam program Asuransi Kesehatan Perorangan ini berlaku ketentuan mengenai Penyakit Yang Telah Ada Sebelumnya dan Penyakit-penyakit Khusus sesuai dengan ketentuan di atas	Ya
---	----

I understand and comprehend that provisions on Preexisting Diseases and Specified Illnesses apply to this Individual Health Insurance Program pursuant to the provisions above.	Yes
---	-----

PENGECEUALIAN

Allianz tidak menanggung risiko yang terjadi atas diri Peserta akibat penyakit, perawatan dan pengobatan, serta yang dikecualikan dalam program Asuransi Kesehatan Perorangan ini, dengan perincian sebagai berikut :

- (1) Semua perawatan dan/atau pengobatan yang berhubungan dengan Penyakit atau luka yang Telah Ada Sebelumnya (Pre Existing Diseases) termasuk komplikasinya, yang diputuskan sebagai Pengecualian Permanen.
- (2) Penyakit-penyakit Khusus, kecuali Polis telah berlaku selama 12 (dua belas) bulan berturut-turut.
- (3) Transplantasi organ, termasuk semua perawatan dan/atau pengobatan yang berkaitan dengan transplantasi organ.
- (4) Semua alat penunjang atau alat bantu buatan atau bahan sintesis baik yang di luar atau melekat pada tubuh, termasuk namun tidak terbatas pada kursi roda, kruk, anggota tubuh palsu, alat pacu jantung, alat bantu dengar, alat bantu penglihatan, alat penunjang atau alat bantu yang dibutuhkan pada saat pembedahan di kamar operasi seperti stent, pen, plate, screw, K-wire, lensa intra okular, dan sejenisnya.
- (5) Dialisa, termasuk semua perawatan dan/atau pengobatan yang berkaitan dengan Dialisa.

2. EXCLUSIONS

Allianz will not cover the risks arising out of disease, medical care and treatment, as well as any expenses incurred due to the conditions mentioned in the Exclusion List under this Individual Health Insurance program, with the following details:

Insurance program, with the following details:

- (1) Any medical treatments and/or medication relating to Pre Existing Diseases and its complication, those are determined as Permanent Exclusion.
- (2) Specified Disease, except when this Policy has prevailed for consecutive 12 (twelve) months.
- (3) Organ transplantation, including all cares and or treatment related to it.
- (4) All supporting or additional devices, synthetic materials either outside or attached to body, including, but not limited to, wheelchair, crutch, body artificial, pace maker, hearing aid, supportive apparatus for eye sight, except for those required during surgery in operating room, such as stent, pen, plate, screw, K-wire, intra ocular lens and their kinds.
- (5) Dialysis, including any care and/or treatment related to it.

- | | |
|--|--|
| <p>(6) Perawatan dan pengobatan eksperimental, tradisional dan/atau alternatif yang di luar ilmu kedokteran barat yang tidak terbatas pada akupuntur (kecuali dilakukan oleh Dokter), sinse, dukun patah tulang, paranormal, chiropractor, naturopath, holistik dan sejenisnya.</p> <p>(7) Gangguan kejiwaan atau syaraf termasuk psikosis, neurosis, stres, depresi, psikogeriatrik dan manifestasi fisiologis atau psikosomatisnya, perawatan penyalahgunaan obat, kecanduan obat dan/atau alkohol</p> <p>(8) Semua perawatan dan/atau pengobatan yang berhubungan dengan :
a. Infertilitas, termasuk inseminasi buatan, bayi tabung, dan pengembalian kesuburan.
b. Endometriosis
c. Impotensi.
d. Semua terapi hormonal yang berkaitan dengan syndrome premenopause.</p> <p>(9) Perawatan dan/atau pengobatan untuk mengurangi atau menambah berat badan.</p> <p>(10) Perawatan dan/atau pengobatan yang berkaitan dengan kosmetik, termasuk bedah plastik kecuali untuk bedah plastik rekonstruksi fungsional akibat kecelakaan yang dilakukan maksimum 30 (tiga puluh) hari kalender setelah kecelakaan.</p> <p>(11) Pemeriksaan fisik secara berkala, Check Up kesehatan (Medical Check Up) atau pemeriksaan penunjang yang tidak berhubungan dengan pengobatan atau diagnosa dari Penyakit/Luka yang ditanggung.</p> <p>(12) Perawatan dan/atau pengobatan yang berkaitan dengan :
a. Hernia di bawah usia 10 (sepuluh) tahun
b. Kelainan bawaan dan/atau kelainan/keterlambatan tumbuh kembang</p> <p>(13) Kelainan refraksi mata, termasuk perawatan dan/atau pengobatan yang berkaitan dengan kelainan refraksi mata.</p> <p>(14) Sunat, termasuk Phimosis untuk usia di atas 2 (dua) tahun.</p> <p>(15) Perawatan dan/atau pengobatan yang berkaitan dengan :
a. HIV / AIDS, termasuk penyakit atau kondisi yang berkaitan HIV / AIDS.
b. Penyakit Menular Seksual</p> <p>(16) Iuran Non Medis, namun tidak termasuk administrasi.</p> <p>(17) Vitamin tanpa rekomendasi dokter dan tanpa indikasi medis.</p> <p>(18) Zat makanan pelengkap (Food Supplement)</p> <p>(19) Imunisasi, termasuk perawatan dan/atau pengobatan yang berkaitan dengan komplikasinya.</p> <p>(20) Keluarga Berencana, termasuk perawatan dan/atau pengobatan yang berkaitan dengan komplikasinya.</p> <p>(21) Perawatan dan/atau pengobatan akibat :
a. Terlibat aktif dalam perang, kerusuhan, perkelahian atau perbuatan kejahatan
b. Luka yang disengaja serta percobaan bunuh diri.</p> <p>(22) Perawatan dan/atau pengobatan karena keikutsertaan dalam aktivitas atau olahraga berbahaya yaitu:
a. Mendaki gunung, panjat tebing, panjat gedung, bungee jumping, arung jeram
b. Olahraga berkuda
c. Tinju, segala jenis olahraga kontak fisik
d. Segala aktivitas terbang di udara (terjun payung, terbang layang, sky diving, Ultralite, dan lain-lain)
e. Segala aktivitas menyelam yang menggunakan alat bantu pernapasan (diving, dan lain-lain)
f. Segala aktivitas lomba kecepatan dengan kendaraan bermesin (balap motor, mobil, perahu, dan lain-lain)</p> <p>(23) Perawatan dan/atau pengobatan yang diakibatkan karena Peserta melakukan penerbangan dengan menggunakan pesawat udara carteran, militer/polisi, atau helikopter.</p> <p>(24) Rawat Jalan bukan akibat kecelakaan, kecuali polis dilengkapi dengan Asuransi Tambahan Rawat Jalan yang akan diatur dalam ketentuan tersendiri.</p> <p>(25) Rawat Gigi bukan akibat kecelakaan dan pemasangan gigi palsu oleh sebab apapun, kecuali polis dilengkapi dengan Asuransi Tambahan Rawat Gigi yang akan diatur dalam ketentuan tersendiri.</p> <p>(26) Perawatan Kehamilan, Melahirkan, Keguguran kecuali polis dilengkapi dengan Asuransi Tambahan Perawatan Kehamilan dan Melahirkan yang akan diatur dalam ketentuan tersendiri.</p> <p>(27) Perawatan dan/atau pengobatan yang telah mendapat penggantian dari Jamsostek, Asuransi Kesehatan dan/atau pihak lain.</p> | <p>(6) Any experimental, traditional and/or alternative care and treatment beyond the Western Medical Science, including acupuncture (except those carried out by a Physician), treatment by Chinese traditional healer, indigenous medical practitioner, paranormal, chiropractor, naturopath, holistic and their kinds.</p> <p>(7) Mental or neurological disorder, including psychosis, neurosis, stress, depression, physic geriatric and their physiological or psychometric manifestation, drug abuse and/or alcohol addiction treatment.</p> <p>(8) All cares and treatments related to:
a. Infertility, including artificial insemination, in-vitro fertilization, and fertilit recovery.
b. Endometriosis
c. Impotencies
d. All hormonal therapies related to pre-menopause syndrome</p> <p>(9) Care or treatment for reducing or gaining weight.</p> <p>(10) Care or treatment related to cosmetic, including plastic surgery, except for that conducted for functional reconstruction purposes, due to accident, which is done within 30 (thirty) calendar days after the accident.</p> <p>(11) Periodic physical checkup, medical check up or any additional medical checkup not related to the treatment or diagnosis of Diseases/Injury covered.</p> <p>(12) Medical care or treatment related to:
a. Hernia below 10 (ten) years.
b. Congenital defect and or growth disorder /deviation.</p> <p>(13) Eye refraction disorder, including care or treatment related to it.</p> <p>(14) Circumcision, including phimosis for those over 2 (two) years old.</p> <p>(15) Any medical care and/or treatment related to:
a. HIV/AIDS, including any diseases and conditions related to it.
b. Sexually transmitted diseases.</p> <p>(16) Non-medical fees other than administrative fee.</p> <p>(17) Vitamin taken without doctor's recommendation and medical indication.</p> <p>(18) Food supplement</p> <p>(19) Immunization, including any cares and treatments related to its complication.</p> <p>(20) Family planning matters, including any cares and treatments related to their complication.</p> <p>(21) Medical care and treatment for injury caused by:
a. Active involvement in a war, riot, fight or crime, and
b. Self-inflicted injury or attempted suicide.</p> <p>(22) Care and/or treatment for injury resulted from involvement in dangerous activity or sports, such as:
a. Mountain climbing, rock climbing, building climbing, bungee jumping, and rafting
b. Horse riding activity;
c. Boxing and any kinds of physical contact sports
d. Any kinds of aero activities (parachuting, hang gliding, sky diving, ultralite, etc.)
e. Any diving activities using breathing device (diving, etc.)
f. Any racing activities using motor vehicle (car racing, motorcyclercing, boat racing, etc.)</p> <p>(23) All cares and treatments due to injury caused flight using chartered airplane, military/police airplane or helicopter.</p> <p>(24) Outpatient treatment due to injury not resulted from accident, except when the Policy includes Additional Insurance for Outpatient Treatment that will be stipulated in a separate provision.</p> <p>(25) Dental Care due to injury not resulted from an accident and denture for any reasons, except when the Policy includes Additional Insurance for Pregnancy Care that will be stipulated in a separate provision.</p> <p>(26) Maternity Care, Birth giving, and Miscarriage, except when the Policy includes Additional Insurance for Maternity Care, Birth giving, and Miscarriage that will be stipulated in a separate provision.</p> <p>(27) Medical care and/or treatment for any injury that has received compensation from Jamsostek (Worker Social Security), health insurance and/or other parties.</p> |
|--|--|

Saya mengerti dan memahami bahwa dalam program Asuransi Kesehatan Ya Perorangan ini berlaku ketentuan mengenai Pengecualian sebagaimana dimaksud di atas.

Ya

I understand and comprehend that provisions on Pre Existing Yes Diseases and Specified Illnesses apply to this Individual Health Insurance Program pursuant to the provisions above

Yes

FASILITAS CASHLESS

Fasilitas *Cashless* adalah fasilitas yang diberikan untuk perawatan dan/atau pengobatan dengan menggunakan Rumah Sakit Jaringan Allianz-AdMedika Individu yang biayanya dibayarkan terlebih dahulu oleh dan Peserta tidak perlu membayar saat mendapatkan pelayanan kesehatan tersebut.

Ketentuan Fasilitas Cashless, yaitu:

- a. Allianz hanya menanggung pelayanan kesehatan tersebut sesuai Manfaat Asuransi yang menjadi hak Peserta.
- b. Hanya berlaku untuk program Rawat Inap dan Kehamilan, Persalinan dan Nifas
- c. Hanya berlaku untuk Polis dengan pembayaran secara Tahunan.

3. CASHLESS FACILITY

Cashless Facility is any facility given for medical care and/or treatment using Allianz-Admedika's Network, whose cost is prepaid by fist so that such Participant doesn't have to pay for such treatment.

Provisions for Cashless Facility are:

- a. Allianz will only cover such medical treatment in accordance with insurance benefit to which the Participant is entitled.
- b. Valid for Inpatient, and Maternity treatment only.
- c. Valid only for Policy whose premium is paid annually.

Saya mengerti dan memahami bahwa Fasilitas Cashless ini berlaku sesuai Ya dengan ketentuan di atas.	Ya <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------

4. EKSES KLAIM

Ekses Klaim adalah klaim diluar Manfaat Asuransi yang menjadi hak Peserta yang terjadi akibat penggunaan Fasilitas Cashless yang akan menjadi kewajiban dari Peserta dan/atau Peserta, termasuk namun tidak terbatas kepada: Melebihi batas maksimum ketentuan Tabel Manfaat SmartHealth Maxi Violet bagi

- Peserta
- Ketentuan mengenai pengecualian sebagaimana diatur dalam Polis Asuransi
- Kesehatan Perorangan
- Perawatan dan/atau pengobatan yang tidak Dibutuhkan Secara Medis

Ketentuan pembayaran Ekses Klaim, yaitu:

- Apabila Pelayanan Kesehatan yang terjadi melebihi Manfaat Asuransi yang menjadi hak Peserta, maka Peserta wajib membayar secara langsung kelebihan tersebut kepada Rumah Sakit Jaringan Allianz-AdMedika.
- Apabila Pelayanan Kesehatan yang terjadi tersebut setelah dihitung ulang oleh berdasarkan dokumen klaim yang diterima dari Rumah Sakit Jaringan Allianz-AdMedika ternyata telah kelebihan bayar oleh Allianz, maka Peserta diwajibkan untuk membayar kelebihan Pelayanan Kesehatan tersebut kepada secara tunai dan sekaligus sesuai dengan tanggal yang ditentukan oleh .
- Apabila butir a dan b tersebut di atas tidak dilaksanakan sesuai dengan ketentuan yang diberlakukan oleh Allianz, maka akan melakukan Penghentian Sementara Fasilitas Cashless sampai Ekses Klaim tersebut dilunasi dan/atau akan melakukan pembatalan Polis.

Saya mengerti dan memahami bahwa Fasilitas Cashless ini berlaku sesuai Ya dengan ketentuan di atas.	Ya <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------

5. PEMBAYARAN KONTRIBUSI

Kontribusi adalah sejumlah uang yang harus dibayarkan oleh Peserta kepada atas manfaat dan yang dibeli dan dihitung berdasarkan usia, jenis kelamin dan Manfaat Asuransi Peserta.

Peserta wajib membayar secara penuh dan lunas sesuai dengan jumlah yang diwajibkan dalam Polis Asuransi Kesehatan Perorangan sebelum tanggal jatuh tempo pembayaran

Ketentuan pembayaran kontribusi yaitu:

Apabila pembayaran kontribusi tidak diterima oleh Allianz sesuai dengan ketentuan di atas, maka Allianz berhak:

- untuk tidak menerbitkan Polis dan atau
- untuk tidak memberikan Manfaat Asuransi bagi Peserta dan atau
- untuk membatalkan Polis.

Saya mengerti dan memahami bahwa Fasilitas Cashless ini berlaku sesuai Ya dengan ketentuan di atas.	Ya <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------

Saya sebagai Calon Peserta dan/atau , telah membaca, mengerti, memahami dan melengkapi seluruh hal-hal yang telah disebutkan di atas dan dengan ini menyatakan bahwa Lembar Penjelasan ini merupakan satu kesatuan dan bagian yang tidak terpisahkan dengan Formulir Aplikasi Asuransi Kesehatan Perorangan dan syarat-syarat permohonan Asuransi Kesehatan Perorangan.

Ditandatangani di / Signed in _____

Calon Peserta/The Prospective Participant

Tanda tangan & Nama Jelas/Signature & Full Name

<ol style="list-style-type: none"> Bila jumlah lebih dari 1 (satu), maka Lembar Penjelasan yang telah dilengkapi dan ditandatangani oleh Calon Peserta dan Calon , berlaku untuk semua yang diikutsertakan dalam Asuransi Kesehatan Perorangan ini. Syarat-syarat dan ketentuan-ketentuan mengenai program Asuransi Kesehatan Perorangan yang Anda ajukan, dapat Anda baca pada Polis Asuransi Kesehatan Perorangan yang akan Kami terbitkan berdasarkan permohonan yang telah Anda ajukan
--

I understand and comprehend that this Cashless Facility applies Yes pursuant to provisions above	Yes <input type="checkbox"/>
--	---------------------------------

4. EXCESS OF CLAIM

Excess of Claim is any cost of claim exceed the Insurance Benefit to which any Participant is entitled that arises out of the use of Cashless Facility that becomes the obligation of Participant and/or Aplicant, including, but not limited to:

- Those exceeding the maximum limit of provisions on SmartHealth Maxi Violet Benefit Table available to the Participant
- Provision on exclusion set forth in Individual Health Insurance Policy.
- Non Medically Necessary care and/or treatment.

The Provisions for the payment of Excess of Claim:

- If the cost paid for Medical Treatment exceeds the Insurance Benefit to which such Participant is entitled, he/she is required to pay such Excess of Cost to the Allianz-Admedika's Hospital Network.
- If after being recalculated by based on claim document received from Allianz-Admedika's Network it appears that the cost paid for Medical Treatment is higher than the actual sum, the Participant is required to fully reimburse such excess in cash to the date it specifies.
- If point a & b above are not fulfilled in accordance with the provision stipulated by Allianz, will do Cut off Service of the Cashless Facility until the Excess of Claim is fully paid, and/or cancel the policy.

I understand and comprehend that this Cashless Facility applies Yes pursuant to provisions above	Yes <input type="checkbox"/>
--	---------------------------------

5. EXCESS OF CLAIM

Premium is the amount of money Participant has to pay to Allianz for benefit and coverage purchased and calculated based on age, sex and Participant's Insurance Benefit.

Participant is required to pay the premium fully according to the amount required in this Individual Health Insurance Policy before the payment date expires.

The provision on premium payment:

If premium payment is not received by pursuant to the provisions above, shall have the right:

- not to issue the policy, and/or
- not to provide Insurance Benefit to the Participant, and/or
- to cancel the policy

I understand and comprehend that this Cashless Facility applies Yes pursuant to provisions above	Yes <input type="checkbox"/>
--	---------------------------------

I, the Prospective Participant and/or the Applicant, have read, understood, comprehended and completed all items mentioned above, and hereby declare that this Disclosure Sheet constitutes an integral part of both the Application Form of Individual Health Insurance and requirements for the Individual Health Insurance application

Tanggal / Date _____

Calon Peserta/The Applicant

Tanda tangan & Nama Jelas/Signature & Full Name

<ol style="list-style-type: none"> If the number of the Applicant is more than 1 (one), then this Disclosure Sheet which already completed and signed by the Prospective Participant and the Applicant, valid for all the Insureds that included under this Individual Health Insurance. Terms and conditions regarding the Individual Health Insurance program you are applying for are given in the Individual Health Insurance Policy we will issue based on the application form you submitted
--