

**CANCER SPECIALIST CARE INSURANCE PROPOSAL FORM**  
**SURAT PERMOHONAN ASURANSI UMUM (SPAU)**  
**ASURANSI PERAWATAN SPESIALIS KANKER**

| POLICY HOLDER INFORMATION / INFORMASI PEMEGANG POLIS |   |
|--|---|
| <b>Policy Holder Full Name / Nama</b> :              | Lengkap Pemegang Polis  |
| <b>Social Security Number / Nomor</b> :              | <input type="checkbox"/> KTP .....<br><input type="checkbox"/> Passport .....<br><input type="checkbox"/> Others .....                |
| <b>Birth Date / Tanggal Lahir</b> :                  |   |
| <b>Occupation / Pekerjaan</b> :                      |   |
| <b>Address / Alamat</b> :                            |   |
| <b>City / Kota</b> :                                 |   |
| <b>Postal Code / Kode Pos</b> :                      |   |
| <b>Country / Negara</b> :                            |   |
| <b>Relation With The Insured /</b> :                 | Hubungan Dengan Tertanggung   |
| INSURED INFORMATION / INFORMASI TERTANGGUNG          |   |
| <b>Insured Full Named / Nama Lengkap</b> :           | Tertanggung   |
| <b>Social Security Number / Nomor</b> :              | <input type="checkbox"/> KTP .....<br><input type="checkbox"/> Passport .....<br><input type="checkbox"/> Others, Sebutkan..... ..... |
| <b>Birth Date / Tanggal Lahir</b> :                  |   |
| <b>Occupation / Pekerjaan</b> :                      |   |
| <b>Address / Alamat</b> :                            |   |
| <b>City / Kota</b> :                                 |   |
| <b>Postal Code / Kode Pos</b> :                      |   |
| <b>Country / Negara</b> :                            |   |
| <b>Gender / Jenis Kelamin</b> :                      |   |

|   |   |
|---|---|
| <b>Email Address /</b> Alamat Email                           | : |
| <b>Contact Number /</b> No kontak                             | : |
| <b>Nationality /</b> Kewarganegaraan                          | : |
| <b>Appointed Beneficiary /</b> Penerima Manfaat Yang Ditunjuk | : |

**SELECTED PACKAGE / PAKET YANG DIPILIH**

| <b>Product /</b> Produk                          | <b>Cancer Specialist Care /</b> Perawatan Spesialis Kanker  |                                       |
|--|---|---------------------------------------|
| <b>Sum Insured /</b><br>Nilai<br>Pertanggunggaan | <b>Coverage/Manfaat</b>   | <b>Annual Limit/</b><br>Batas Tahunan |
|  | <b>For all Covered Treatments, specialist and medical staff fees, hospital charges at hospitals pre-approved by PGH, travel and accommodation expenses taken together, for the policy year</b><br><br>Untuk seluruh perawatan, biaya staf medis dan spesialis, biaya rumah sakit yang disetujui oleh Penanggung, termasuk biaya perjalanan dan akomodasi, selama tahun polis.                   | USD 2,000,000                         |
|  | <b>Sub-limits/</b> Sub-batas  |                                       |
|  | <b>1) For newly FDA approved anti-cancer drug cost which is not yet available in Indonesia and prescribed by specialist for the treatment of cancer in home country, for the policy year</b><br><br>Untuk obat anti-kanker yang disetujui oleh FDA dan belum tersedia di Indonesia dan diresepkan oleh speasialis untuk perawatan selama di Indonesia   | USD 300,000                           |
|  | <b>2) Travel and accommodation expenses for the Insured Person and one accompanying person per Episode of Treatment (subject to maximum accommodation \$300 per day)</b><br><br>Biaya perjalanan dan akomodasi untuk Tertanggung dan satu orang pendamping per episode perawatan (Maksimal akomodasi USD 300 per hari)  | USD 100,000                           |
|  | <b>3) Medical Escort - Trip from Indonesia to United States</b><br>Pengawalan Medis selama perjalanan Tertanggung dari negara asal ke United States   | USD 5,000                             |
|  | <b>Repatriation of Mortal Remains/</b> Biaya Pemulangan Jenazah   | USD 5,000                             |
|  | <b>Maximum duration of an Episode For cancer treatment</b><br>Durasi Maksimum Episode Perawatan untuk pengobatan kanker<br><br><b>(except that an extra 185 days will be added to the maximum duration for continued or prolonged cancer treatment)</b><br>(kecuali 185 hari tambahan waktu akan ditambahkan ke durasi maksimum untuk pengobatan kanker yang berkelanjutan atau berkepanjangan) | 180 Hari                              |

|                        |   |
|------------------------|---|
| <b>Premium / Premi</b> | IDR.....<br>(according to last birthday / berdasarkan tanggal ulang tahun terakhir) |
|------------------------|---|

|   |                              |
|---|------------------------------|
| <b>PERIOD OF INSURANCE / PERIODE ASURANSI</b> |                              |
| <b>Starting From / Dimulai dari:</b>          | <b>Up To / Sampai Dengan</b> |

|  |
|--|
| <b>MEDICAL DECLARATION / DEKLARASI MEDIS</b> |
|--|

|   |  |
|---|--|
| <p><b>1. Have you ever had or been told that you have or been treated for:</b><br/>         Pernahkah Anda menderita atau diberi tahu bahwa Anda menderita atau dirawat karena:</p> <p><b>a. Cancer, tumour or growths including polyps, cysts or breast lumps</b><br/>         Kanker, tumor atau pertumbuhan termasuk polip, kista atau benjolan payudara</p> <p><b>b. Intestinal disorder such as presence of polyps in the colon, blood in the stools</b><br/>         Gangguan usus seperti adanya polip di usus besar, darah dalam tinja</p> <p><b>c. Any early-stage cancer, pre-cancerous conditions, or carcinoma in-situ or borderline tumours</b><br/>         Kanker stadium awal, kondisi prakanker, atau karsinoma in situ atau tumor tepi</p> <p><b>d. Diabetes/ high blood sugar</b><br/>         Diabetes/gula darah tinggi</p> <p><b>e. Lung or respiratory disorder</b><br/>         Gangguan paru-paru atau pernapasan</p> <p><b>f. Kidney disorder</b><br/>         Gangguan ginjal</p> <p><b>g. Liver or pancreatic disorder</b><br/>         Gangguan hati atau pankreas</p> | <input type="checkbox"/> <b>Yes / Ya</b><br><input type="checkbox"/> <b>No / Tidak</b> |
| <p><b>2. Do you suffer or have suffered with any of the symptoms such as prolonged unexplained weight loss, chronic cough (more than 2 weeks), bleeding from stools or urine, recent irregular bowel motions, recent irregular menstrual cycles, recent episodes of headache for which you plan to seek medical advice?</b><br/>         Apakah Anda menderita atau pernah menderita salah satu gejala, seperti penurunan berat badan yang tidak diketahui penyebabnya dalam jangka waktu lama, batuk kronis (lebih dari 2 minggu), pendarahan dari tinja atau urine, buang air besar tidak teratur baru-baru ini, siklus menstruasi tidak teratur baru-baru ini, sakit kepala baru-baru ini yang menyebabkan Anda berencana untuk mencari pertolongan medis?</p>   | <input type="checkbox"/> <b>Yes / Ya</b><br><input type="checkbox"/> <b>No / Tidak</b> |
| <p><b>3. Are you currently receiving any medical treatment or intend seeking or have been advised by a registered physician to seek medical treatment for any health conditions or waiting for the results of any medical tests / investigations? Please provide additional details below.</b><br/>         Apakah Anda saat ini sedang menerima perawatan medis atau bermaksud mencari atau telah disarankan oleh dokter terdaftar untuk mencari perawatan medis untuk kondisi kesehatan apa pun atau sedang menunggu hasil tes/penyelidikan medis apa pun? Mohon berikan detail tambahan di bawah ini.</p>  | <input type="checkbox"/> <b>Yes / Ya</b><br><input type="checkbox"/> <b>No / Tidak</b> |
| <p><b>4. Have any of your immediate family member (parents, brothers or sisters) been diagnosed or died of Cancer before the age of 60?</b><br/>         Apakah ada anggota keluarga dekat Anda (orang tua, saudara laki-laki atau saudara perempuan) yang terdiagnosa atau meninggal karena penyakit kanker sebelum usia 60 tahun?</p>   | <input type="checkbox"/> <b>Yes / Ya</b><br><input type="checkbox"/> <b>No / Tidak</b> |



**THE UNDERSIGNED / YANG BERTANDATANGAN DI BAWAH INI:**

- **Declare that the above information is made truthfully and in accordance with the actual situation according to my knowledge or what I should know;**  
Menyatakan bahwa keterangan di atas dibuat dengan sebenar-benarnya dan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya menurut pengetahuan saya atau yang seharusnya saya ketahui;
- **Acknowledge that the information will be used as a basis and is an integral part of the policy to be issued, therefore its untruth may result in the cancellation of the insurance and the rejection of any claim by the Insurer;**  
Mengakui bahwa keterangan tersebut akan digunakan sebagai dasar dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari polis yang akan diterbitkan, oleh karena itu ketidakbenarannya dapat mengakibatkan pembatalan asuransi dan penolakan klaim oleh Penanggung;
- **Understand that the insurance requested is only valid after receiving written approval from the Insurer.**  
Memahami bahwa asuransi yang diminta hanya berlaku setelah mendapat persetujuan tertulis dari Penanggung.

.....,..... 20....

(.....)