



Application Form - Employer

Group International Exclusive

Important Notice / Catatan Penting

If you do not fully and faithfully give the facts as you know them or ought to know them, the policy may be invalidated. You must also disclose facts which even you may feel doubtful about whether they are material to disclose.

Jika Anda tidak mengisi secara lengkap dan benar sesuai fakta yang Anda tahu atau seharusnya Anda tahu, maka polis Anda dapat dibatalkan. Anda harus mengungkapkan fakta apapun bahkan jika Anda merasa tidak yakin apakah hal tersebut harus dijelaskan.

Please complete this form using Block Capitals and by ticking the relevant boxes. It is important that you provide the following information so that we can properly assess your application. If, therefore, you do not answer the questions we shall take that failure to answer to mean that you have nothing to disclose. This application must be completed by you or your parent/legal guardian in your/their own handwriting. If you need to make a correction, please initial the change.

Lengkapi formulir ini dengan menggunakan Huruf Besar dan dengan memberikan tanda centang pada kotak-kotak yang sesuai. Penting agar Anda memberikan informasi berikut ini sehingga kami dapat menilai permohonan Anda secara tepat. Apabila Anda tidak menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut, maka kami akan menganggap bahwa Anda tidak memiliki hal-hal untuk diungkapkan. Permohonan ini harus dilengkapi oleh Anda atau orang tua/wali Anda yang sah dengan menggunakan tulisan tangan Anda/mereka sendiri. Apabila Anda ingin melakukan koreksi, berikan paraf pada perubahan tersebut.

1. Company details / Rincian perusahaan			
Company name as on business registration <i>Nama perusahaan seperti saat pendaftaran</i>	Tax ID no. <i>NPWP</i>	Business registration no. <i>Nomor pendaftaran perusahaan</i>	Business type / <i>Jenis Usaha</i>
Company address / <i>Alamat perusahaan</i>			
Contact person / <i>Nama yang dapat dihubungi</i>	Telephone no. / <i>No. Telepon</i>	Fax. No. / <i>No. Fax</i>	
Email / <i>Alamat e-mail</i>	Subsidiary or affiliated companies / <i>Nama perusahaan induk atau afiliasi</i>		

2. Eligibility description (give details for each class of eligible persons) <i>Penjelasan mengenai hak (berikan rincian untuk setiap tingkat dari karyawan yang mempunyai hak)</i>				
Plan no. <i>No. plan</i>	Plan name / <i>Nama plan</i>	Area of cover <i>Wilayah pertanggungungan</i>	Annual deductible <i>Risiko sendiri tahunan</i>	Staff category <i>Kategori staf</i>

(HE005c 05/13)

3. Optional benefits to be added (subject to extra premium) <i>Manfaat pilihan yang ditambahkan (dengan tambahan premi)</i>	
Plan A only / Hanya plan A	Plan no. / No. plan
<input type="checkbox"/> Waiver of waiting period for pregnancy and delivery benefit (minimum 10 employees insured under the same plan) <i>penghapusan masa tunggu untuk kehamilan dan persalinan (minimum 10 karyawan yang diikutsertakan dalam plan yang sama)</i>	
Plan B and C only / Hanya plan B dan C	Plan no. / No. plan
<input type="checkbox"/> Addition of pregnancy and delivery benefit with no waiting period (minimum 10 employees insured under the same plan) <i>Tambahan manfaat kehamilan dan persalinan tanpa masa tunggu (minimum 10 karyawan yang diikutsertakan dalam plan yang sama)</i>	
<input type="checkbox"/> Addition of routine dental care benefit with no waiting period (minimum 3 employees insured under the same plan) <i>Tambahan manfaat gigi rutin tanpa masa tunggu (minimum 3 karyawan yang diikutsertakan dalam plan yang sama)</i>	
<input type="checkbox"/> Addition of routine optical care benefit (minimum 3 employees insured under the same plan) <i>Tambahan manfaat optik rutin tanpa masa tunggu (minimum 3 karyawan yang diikutsertakan dalam plan yang sama)</i>	

4. Eligibility conditions / <i>Ketentuan hak</i>	
1	Each present full time employee shall be eligible for the benefits / <i>Setiap pegawai tetap berhak atas manfaat</i> <input type="checkbox"/> Upon effective policy date of policy or / <i>per tanggal efektif polis atau</i> <input type="checkbox"/> Immediate coverage after _____ month(s) of employment / <i>setelah _____ bulan dari pengangkatan</i>
2	Each future full time employee shall be eligible for the benefits / <i>Setiap pegawai tetap baru berhak atas manfaat</i> <input type="checkbox"/> Upon effective policy date of policy or / <i>per tanggal efektif polis atau</i> <input type="checkbox"/> Immediate coverage after _____ month(s) of employment / <i>setelah _____ bulan dari pengangkatan</i> Employees not actually at work on the date they would otherwise be eligible will be eligible on the date of their returning to full time <i>Karyawan yang sebenarnya tidak sedang bekerja, mempunyai hak per tanggal mereka kembali bekerja</i>

5. Benefits / <i>Manfaat</i>	
Applicable to / <i>diterapkan pada</i>	<input type="checkbox"/> Employee only / <i>Karyawan saja</i> <input type="checkbox"/> Employee & Family / <i>Karyawan & keluarga</i>

6. Employees contribution on premiums / <i>Kontribusi karyawan terhadap premi</i>	
Employee / <i>Karyawan</i>	<input type="checkbox"/> Yes _____% <input type="checkbox"/> No
Dependent / <i>Tanggungan</i>	<input type="checkbox"/> Yes _____% <input type="checkbox"/> No

7. Previous group insurer / <i>perusahaan asuransi sebelumnya</i>

8. Effective date of this insurance / <i>tanggal efektif polis</i>
_____ (dd / <i>tgl</i>) _____ (mm / <i>bln</i>) _____ (yyyy / <i>thn</i>)

8. Declaration and signature/ Pernyataan dan tanda tangan

I/We shall read the **Group InternationalExclusive** Membership Agreement when received and that we agree to be bound by it. In the event of any dispute, we agree to follow the Settlement of Dispute clause as stipulated in the Policy.

*Saya/Kami akan membaca Perjanjian Keanggotaan **Group InternationalExclusive** setelah kami menerimanya dan bahwa dengan ini saya/kami setuju untuk mengikatkan diri dengan Perjanjian Keanggotaan tersebut. Apabila terjadi sengketa apa pun, saya/kami setuju untuk mengikuti Klausula Penyelesaian Sengketa seperti yang tertera dalam polis.*

Intermediary's Print
name & Signature
*Nama Jelas & Tanda
tangan Perantara*

X

Place & Date
Tempat & Tanggal

X

Authorised Signature
and Company's chop
*Nama Jelas & Tanda
tangan dan Stempel
Perusahaan*

X

Place & Date
Tempat & Tanggal

X

Name of signatory :
Nama penandatangan
Designation :
Jabatan

(Do not sign a blank Form / Jangan menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong)

Please note: You are advised to keep a record of all information supplied in connection with this application, including any letters you send to us in connection with it. If you would like a copy of this application please let us know within three months. **After completing this application form and signing the Declaration, please return to PT. Asuransi AXA Indonesia.**

Mohon diperhatikan: Anda disarankan untuk menyimpan catatan tentang semua informasi yang diberikan terkait dengan permohonan ini, termasuk setiap surat yang Anda kirimkan kepada kami yang terkait dengan permohonan ini. Apabila Anda ingin mendapatkan salinan dari permohonan ini, beritabukanlah kepada kami dalam jangka waktu tiga bulan. **Setelah melengkapi formulir permohonan ini dan menandatangani Pernyataan, kembalikanlah formulir permohonan ini kepada PT Asuransi AXA Indonesia.**