

Asuransi Kesehatan Kanada bagi Siswa Internasional – INGLE

INFORMASI PENDAFTAR:

Sekolah / School: _____

Nama Belakang / Last name: _____

Nama Depan / First name: _____

Jenis Kelamin / Sex: ____ Tanggal Lahir / Date of birth: ____/____/____

Negara Asal / Country of permanent residence: _____

Alamat Email / Email address: _____

Harus dilengkapi bila perlindungan meliputi untuk pasangan atau anggota keluarga lainnya:

Nama / Name:	Hubungan dengan Tertanggung / Relationship to Insured:	Tanggal Lahir (BI/Tg/Th) / Date of birth: (MM/DD/YYYY)
_____	_____	____/____/____
_____	_____	____/____/____
_____	_____	____/____/____
_____	_____	____/____/____
_____	_____	____/____/____

TANGGAL PERLINDUNGAN (BI/Tg/Th) / DATES OF COVERAGE (MM/DD/YYYY)

Tanggal Efektif (dimulainya pertanggungan) / Effective date (start date of coverage): ____/____/____

Tanggal Pemutusan (berakhirnya pertanggungan) / Termination date (ending date of coverage): ____/____/____

Total Jumlah Hari Pertanggungan / Total number of days of coverage: _____

ALAMAT DI KANADA / ADDRESS IN CANADA

Alamat / Address: _____

Telpon / Telephone number: (____) _____

Fax / Fax number: (____) _____

Kota / City: _____ Provinsi / Province: _____

Kode Pos / Postal code: _____

PENERIMA KEUNTUNGAN DALAM KASUS KEMATIAN / BENEFICIARY IN CASE OF DEATH

Nama / Name: _____

Alamat / Address: _____

Negara / Country: _____

Hubungan dengan Tertanggung / Relationship to insured: _____

Mohon disertakan dokumen berikut / Please enclose the following documents:

- **Bukti penerimaan dari institusi pendidikan di Kanada** / proof of enrolment at a recognized Canadian institution of learning;
- **Bukti kedatangan di Kanada (foto kopi visa pelajar atau paspor)** / proof of your arrival date in Canada (a photocopy of your student authorization or your passport).

Tanda Tangan / Signature: _____ Tanggal / Date: ____/____/____

Polis asuransi kesehatan anda beserta kartu anda akan diterbitkan bila semua dokumen telah lengkap dan pembayaran penuh telah diterima. / Your health insurance policy and your card will be issued when all necessary documents and full payment are received.

PILIH TIPE RENCANA ASURANSI:

Beri tanda pada kotak beserta harga yang dipilih, semua harga dalam dolar Kanada.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Rencana Kesehatan Siswa Platinum (premi keluarga 2,5x premi dewasa) / Platinum Student Insurance Plan (Family premium is 2.5X the adult premium) | Biaya Tahunan / Annual Rate
Biaya Harian / Daily Rate | <input type="checkbox"/> \$650/ tahun
<input type="checkbox"/> \$1.80/ hari |
| <input type="checkbox"/> Rencana Kesehatan Siswa Emas (premi keluarga 2,5x premi dewasa) / Gold Student Insurance Plan (Family premium is 2.5X the adult premium) | Biaya Tahunan / Annual Rate
Biaya Harian / Daily Rate | <input type="checkbox"/> \$550/ tahun
<input type="checkbox"/> \$1.50/ hari |
| <input type="checkbox"/> Rencana Kesehatan Siswa Perak (biaya individual, tidak ada premi keluarga) / Silver Student Insurance Plan (All rates are individual, no family premium exists) | Biaya Tahunan / Annual Rate
Biaya Harian / Daily Rate | <input type="checkbox"/> \$470/ tahun
<input type="checkbox"/> \$1.45/ hari |

PERHITUNGAN PREMI

Jumlah pendaftar (jika mendaftar untuk perlindungan keluarga Platinum atau Emas masukkan 2,5) / Number of applicants (if applying for Platinum or Gold family coverage put 2.5) _____ X **Rencana Biaya Siswa / Student Plan Rate** \$ _____ X **Periode Perlindungan (jumlah hari) / Period of Coverage** (number of days) _____ = **Jumlah Total yang Harus Dibayarkan / Total Payment Due:** \$ _____

("perlindungan keluarga" diperuntukkan bagi orang tua dan anak dalam tanggungan, penjelasan lebih lanjut hubungi agen anda) / ("family coverage" is designed for parents and dependent children, for a full description please contact your agent)

PEMBAYARAN:

Lengkapi informasi kartu kredit berikut atau sertakan cek / bank draft dibayarkan pada Ingle Insurance / Please fill out the credit card information or enclose a certified check or money order made payable to Ingle Insurance.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cek
Certified Cheque | <input type="checkbox"/> VISA
<input type="checkbox"/> American Express | <input type="checkbox"/> MasterCard
<input type="checkbox"/> Diners / Diners-En Route |
| <input type="checkbox"/> Bank draft /
Money Order | | |

Nomor Kartu Kredit / Credit card number: _____
Tanggal Kadaluarsa / Expiry date: _____ / _____
Nama pada Kartu Kredit / Name on credit card: _____
Alamat penagihan Kartu Kredit / Credit card billing address

CATATAN: JIKA TIDAK MEMBAYAR DENGAN KARTU KREDIT, POLIS ANDA TIDAK AKAN DIKIRIM SEBELUM PEMBAYARAN DITERIMA KANTOR KAMI. / NOTE: IF PAYING BY A METHOD OTHER THAN CREDIT CARD, YOUR POLICY WILL NOT BE MAILED UNTIL FULL PAYMENT IS RECEIVED IN OUR OFFICE.

Saya memahami bahwa untuk mendapatkan perlindungan saya harus mendapatkan polis dalam waktu 30 hari dari tanggal kedatangan saya di Kanada atau tanggal mulai saya sekolah di institusi pendidikan di Kanada. Jika saat ini saya telah terdaftar dalam polis asuransi dari perusahaan asuransi yang ditunjuk, saya harus membayar premi asuransi dalam jangka waktu 30 hari sebelum polis saya berakhir. Jika saya tidak memenuhi

kewajiban seperti tersebut di atas, saya memahami bahwa saya tidak akan mendapat perlindungan bila saya sakit dalam 30 hari pertama perlindungan (kecuali bila pengajuan klaim terjadi karena Kecelakaan atau Luka). I understand that to be eligible for coverage I must acquire the policy within 30 days from the earliest of the date of my arrival in Canada or the date of my enrolment at a recognized Canadian institution of learning. If I am presently insured by an insurance policy administered by the assigned insurance company, I must pay the insurance premium within 30 days from the termination date of my existing policy. If I do not satisfy the eligibility conditions stated above, I understand that I will not be covered for Illness occurring during the first 30 days of insurance (unless such claim is the result of an Accident or Injury).

Tanda Tangan / Signature: _____

OTORISASI DAN PERNYATAAN MEDIS

Dengan ini saya memberikan wewenang bagi perusahaan asuransi, pimpinan, rumah sakit, fasilitas medis, dokter, apoteker atau organisasi lain yang memiliki catatan atau pengetahuan mengenai saya atau kondisi kesehatan saya untuk memberikan informasi yang dibutuhkan oleh penyedia asuransi atau agennya sehubungan dengan pengajuan biaya.

I hereby authorize any insurance company, employer, hospital, medical facility, physician, pharmacist or any organization that has any records or knowledge of me or my health to release any information requested to the insurance provider or its agent with regard to the reported expenses.

Tanda Tangan / Signature: _____ Tanggal / Date: ____/____/____

Ingle International Canadian Health Insurance for International Students is derived according to the Insurance Policy.

™ Canadian Health Insurance for International Students trademark used under license from the trademark owner Ingle International Inc.
Ingle International *You are not alone* trademark used under license from the trademark owner Ingle International Inc.

UNDERWRITTEN BY VARIOUS INSURANCE COMPANIES, CONTACT INGLE INSURANCE FOR INFORMATION 1-888-386-8888 (TOLL FREE)