

Nomor Polis:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 -

3. RINCIAN DATA PERUBAHAN (wajib diisi)

- Rincian data perubahan poin A-E wajib diisi untuk pengajuan Pemulihan Polis dan Perubahan Pemegang Polis
 - Rincian data perubahan poin A-E hanya diisi pada bagian yang diajukan perubahan untuk pengajuan Perubahan Data Pemegang Polis/Tertanggung/Peserta

A. Informasi Pekerjaan

Pertanyaan	Pemegang Polis	Tertanggung/Peserta
Nama		
Pekerjaan saat ini		
Jabatan		
Nama Perusahaan		
Bidang Usaha		
Rincian Tugas		
Alat bantu yang digunakan		

B. Data Fisik

		Tertanggung/Peserta	Pemegang Polis
a) Sebutkan tinggi/berat badan Anda saat ini	Tinggi Badan (cm)		
	Berat Badan (kg)		
b) Sebutkan tinggi/berat badan Anda tahun lalu	Tinggi Badan (cm)		
	Berat Badan (kg)		
c) Alasan perubahan tinggi/berat badan Anda, mohon jelaskan			

C. Data Pribadi dan Kebiasaan

	Tertanggung/Peserta		Pemegang Polis	
	YA	TIDAK	YA	TIDAK
a) Apakah pernah permohonan asuransi dan/atau polis anda pernah ditolak, ditunda, dikenakan tambahan/ekstra premi/Kontribusi atau dikecualikan dari asuransi lain atau dirubah/dihentikan oleh perusahaan Asuransi?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Apakah anda sedang mendapatkan manfaat atas ketidakmampuan untuk bekerja atau Anda pernah mengajukan klaim atas ketidakmampuan, kecelakaan, perawatan medis atau juga penyakit kritis, atau manfaat lainnya?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Apakah Anda merokok atau menggunakan tembakau jenis apapun atau tembakau tanpa asap dalam 12 bulan terakhir ? Jika "YA" - Rokok : ___ batang/hari, sejak: _____ - Rokok Elektrik : ___ ml/hari, sejak: _____ - Tanpa asap tembakau, berapa banyak paket yang ada konsumsi per hari: ___	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Apakah Anda memiliki hobi/kegiatan/aktifitas yang berisiko tinggi termasuk yang berkaitan dengan pekerjaan Anda?(contoh: terjun payung, mendaki gunung, menyelam, balap Mobil/motor/ kendaraan lainnya, penerbangan, gantole,caving,dan lain-lain)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Apakah Anda mengkonsumsi minuman alkohol?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Apakah anda pernah memiliki kebiasaan mengkonsumsi obat-obatan atau terlarang/ narkotika/obat penenang, atau pernah direhabilitasi atau melakukan konsultasi untuk masalah narkoba?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Jika "YA", mohon jelaskan

--

Nomor Polis:

				-															
--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

D.1. Data Kesehatan

	Tertanggung/Peserta		Pemegang Polis	
	YA	TIDAK	YA	TIDAK
a) Apakah Anda pernah menerima/menjalani perawatan medis atau diresepkan obat untuk kondisi penyakit selain kondisi ringan seperti pilek atau flu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Apakah Anda : 1. Pernah dianjurkan untuk pemeriksaan medis terkait kendala kesehatan Anda? 2. Sedang menunggu hasil/test investigasi mengenai kesehatan Anda? 3. Pernah dirawat/dioperasi?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Khusus untuk Tertanggung/Peserta anak < 5 tahun: Apakah ada komplikasi saat dilahirkan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Jika "YA", mohon jelaskan

--

D.2. Data Kesehatan Tambahan

Penyakit/gangguan/kelainan kesehatan yang sedang dan/atau pernah diderita:	Tertanggung/Peserta		Pemegang Polis	
	YA	TIDAK	YA	TIDAK
a) Sistem saraf : vertigo, stroke, epilepsi atau gangguan saraf lainnya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Sistem hormonal : diabetes, diabetes gestasional, penyakit tiroid (hipertiroid/hipotiroid), atau gangguan sistem hormonal lainnya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Kelainan darah : anemia, thalasemia, hemofilia, atau gangguan kelainan dan lainnya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Penyakit telinga, hidung,tenggorokan : tuli,infeksi telinga / otitis media / otitis interna, tonsilitis, sinusitis, atau gangguan penyakit telinga, hidung, tenggorokan lainnya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Gangguan penglihatan mata : kebutaan (buta total atau parsial), konjungtivitis, glaukoma,katarak, atau gangguan penyakit mata lainnya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Gangguan fungsi paru-paru : infeksi saluran pernapasan atas (ISPA), asma, tuberkulosis TBC), bronkitis, pneumonia, dan gangguan sistem pernapasan lainnya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Gangguan jantung dan pembuluh darah : hipertensi, nyeri dada, penyakit jantung koroner (PJK), kolesterol, varises vena, pre eklampsia/eklampsia,atau penyakit jantung dan gangguan pembuluh darah lainnya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) Sistem pencernaan : gastritis (maag), gangguan liver, penyakit usus buntu, hernia, gastroenteritis akut, gangguan kantung empedu, hepatitis, tukak lambung, atau gangguan penyakit sistem pencernaan lainnya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) Saluran kemih dan sistem reproduksi : infeksi saluran kencing (ISK), kencing batu/batu ginjal, infeksi ginjal, gagal ginjal, penyakit prostat, kelainan/gangguan menstruasi, penyakit payudara,atau gangguan lain pada saluran kemih dan sistem reproduksi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j) Penyakit tulang dan kulit : sakit tulang belakang, patah tulang, polio, amputasi, arthritis, gout, eczema, dermatitis, atau penyakit tulang dan kulit lainnya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k) Pertumbuhan sel : Segala jenis tumor, kanker, kista, fibroid, fibroadenoma, atau segala pertumbuhan abnormal lainnya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l) Sistem daya tahan tubuh dan infeksi : HIV/AIDS, malaria, demam berdarah, systemic lupus erythematosus (SLE), atau gangguan penyakit daya tahan tubuh dan infeksi lainnya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m) Gangguan kejiwaan, kecacatan, cacat bawaan, atau gangguan psikologis dan penyakit bawaan lainnya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n) Lainnya yang belum disebutkan di atas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Jika "YA", mohon jelaskan

--

Nomor Polis:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

D.3. Data Kesehatan Khusus Wanita

	Tertanggung/Peserta		Pemegang Polis	
	YA	TIDAK	YA	TIDAK
Apakah Anda saat ini sedang hamil? Sebutkan kehamilan keberapa dan hari pertama haid terakhir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jika "YA", mohon jelaskan				

E. Riwayat Keluarga

	Tertanggung/Peserta		Pemegang Polis	
	YA	TIDAK	YA	TIDAK
Apakah diantara anggota keluarga Anda (orangtua, suami/istri, saudara kandung dan anak) yang menderita penyakit/gangguan/kelainan kesehatan sebelum usia 60 tahun? (diabetes, jantung, darah tinggi, kanker, atau penyakit turunan lainnya)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jika "YA", siapa (hubungan keluarga) dan jelaskan dengan lengkap diagnosa, kondisi kesehatan (jika masih hidup), penyebab kematian (jika meninggal), beserta usianya				

PENGECEKAN STATUS PENGAJUAN

Layanan tersedia setiap hari kerja: 08.00 – 17.00 WIB



customer@axa-mandiri.co.id



AXA Mandiri
+62 815 8608 6801



Live Chat: www.axa-mandiri.co.id



*) Sesuai transaksi yang ditentukan oleh AXA Mandiri
**) Dokumen lengkap dan ketentuan Polis dipenuhi

PERSYARATAN DOKUMEN PELENGKAP

DOKUMEN	KETERANGAN
1. Formulir Pernyataan Kesehatan dan Perubahan Data Polis	Untuk semua transaksi di Polis ini dan ditandatangani oleh Pemegang Polis
2. Fotokopi Identitas Diri Pemegang Polis	WNI: KTP WNA: Paspor dan KIMS/KITAS/KITAP
3. Fotokopi bukti pendukung lain jika dibutuhkan	

PERNYATAAN DAN KUASA

1	Saya/Kami telah membaca, memahami, dan menyetujui persyaratan dan ketentuan dalam formulir ini, menjawab dan mengisi bagian yang terlampir pada formulir ini dengan sebenar-benarnya tanpa paksaan dari pihak manapun. Saya/Kami tidak memberikan keterangan lain dalam bentuk apapun kepada tenaga pemasar AXA Mandiri ataupun PT Bank Mandiri (Persero) Tbk ("Bank") ("Tenaga Pemasar"). Saya/Kami bertanggung jawab atas seluruh informasi yang tercantum pada formulir ini, jika ternyata keterangan yang diberikan tidak benar dan/atau tidak lengkap serta terdapat kesalahan dan/atau kelalaian dalam mengisi formulir ini, maka sepenuhnya akan menjadi tanggung jawab Saya/Kami.
2	Saya/Kami menyetujui dan mengerti apabila diperlukan AXA Mandiri dapat melakukan verifikasi dan konfirmasi sehubungan dengan pengajuan transaksi dalam formulir ini. Apabila verifikasi dan konfirmasi tidak berhasil, maka proses pengajuan ini dapat tidak diteruskan atau tidak dilanjutkan, dengan tetap mengacu pada ketentuan AXA Mandiri.
3	Saya/Kami mengizinkan AXA Mandiri untuk mencari informasi/konfirmasi mengenai data Saya/Kami yang tersedia/disimpan/dimiliki oleh Bank dan afiliasinya sehubungan dengan transaksi ini.
4	Saya/Kami setuju dan mengizinkan AXA Mandiri untuk menggunakan atau memberikan informasi, keterangan, atau data-data Saya yang diperoleh dan/atau dimiliki AXA Mandiri kepada pihak ketiga (termasuk tapi tidak terbatas pada perusahaan asuransi, reasuransi, bank, group dan afiliasi dari Pemegang Saham, serta pihak lain) yang bekerja sama dengan AXA Mandiri baik di dalam atau luar negeri dalam rangka, termasuk tapi tidak terbatas pada pelayanan nasabah, proses klaim, dan/atau penawaran produk.
5	Saya senantiasa menjamin untuk merahasiakan dan tidak akan menggandakan, mengungkapkan maupun menyebarluaskan setiap dan segala informasi pribadi Saya yang tercantum dalam dokumen/formulir ini, termasuk hubungan hukum yang didasarkan pada dokumen/formulir ini antara Saya dan AXA Mandiri, kepada pihak manapun dan melalui media apapun.

