



PID1INDOF3

Nomor Polis | Policy Number

Grid for policy number input

SURAT PERNYATAAN PEMEGANG POLIS
MANDIRI KESEHATAN PRIMA DAN MANDIRI KESEHATAN GLOBAL

POLICY HOLDER STATEMENT LETTER
OF MANDIRI KESEHATAN PRIMA AND MANDIRI KESEHATAN GLOBAL

CATATAN PENTING

- 1. Surat pernyataan ini wajib diisi oleh Pemegang Polis dengan menggunakan HURUF KAPITAL.
2. Pastikan untuk mengisi semua informasi dan pertanyaan sebelum tandatangan pada surat pernyataan dan tandatangan harus sesuai dengan data Polis.

IMPORTANT NOTES:

- 1. This Statement letter is mandatory filled by Policy Holder with BLOCK LETTERS.
2. Please make sure to answer all the questions before sign and use the same signature as in data Policy.

Mohon dapat memberikan tanda (√) untuk permohonan yang diajukan (dapat memilih lebih dari satu)

Please give remark (√) for your applying (you can choose more than one)

Input fields for: Naik Plan (Tambah Unit) | Increase Plan (Add Unit), Turun plan | Decrease Plan *, Pemulihan | Reinstatement

*) Tidak perlu mengisi pernyataan kesehatan

Pernyataan Pengkinian Data | Statement on Data Update

Form fields for: Nomor Polis | Policy Number, Nama Pemegang Polis | Policy Holder Name, Nama Tertanggung | Insured Name, No. KTP/Identitas lain berlaku | Valid Identity Card, Alamat Korespondensi | Correspondence Address, Nomor Telepon | Phone Number, Alamat Email | Email Address

*Apakah Tertanggung/Pemegang Polis adalah Warga Negara Amerika Serikat (USA) atau Wajib Pajak Amerika Serikat (USA)
Whether the Insured/Policy Holder is American Citizen (USA) or American taxpayer (USA)

Input fields for: Ya | Yes, Tidak | No

Bila Ya, mohon cantumkan TIN (Taxpayer Identification Number) :

If yes, please provide TIN (Taxpayer Identification Number)

1. Naik Plan (Tambah Unit) | Increase Plan (Add Unit)

Menyatakan bahwa
Declare that

Ya /Yes, Tidak /No

- 1. Apakah Tertanggung pernah menjalani perawatan di rumah sakit atau pernah melakukan konsultasi dengan dokter spesialis atau dokter umum atau health professional (perawat, bidan, atau mantri) dan/atau pernah mengajukan klaim atas kondisi medisnya ke PT AXA Mandiri Financial Services dan/atau perusahaan asuransi lainnya dalam 12 bulan terakhir?
In the past 12 month, whether the Insured ever had treatment in hospital or consulted with a specialist/general practitioner/health professional, and/or ever submitted claim(s) due to his/her medical condition to PT AXA Mandiri Financial Services and/or other insurance company?

(Anda tidak perlu menjawab "Ya" jika perawatan dilakukan karena : penyakit pencernaan akut, malaria, demam berdarah, tifus, hepatitis A, dipteri, atau kolera, atau luka akibat kecelakaan, yang sudah ditangani secara penuh oleh dokter spesialis atau dokter umum dan Anda tidak memiliki rencana konsultasi lanjutan atau tes diagnostik/laboratorium. Untuk Tertanggung wanita - tidak termasuk kelahiran normal dimana tidak ada komplikasi selama masa kehamilan atau pada saat melahirkan.)

(You do not need to answer 'Yes' if the treatment was for: acute gastroenteritis, 'acute appendicitis, malaria, dengue fever, typhoid, hepatitis A, diphtheria and cholera or accidental injuries where you have been fully discharged by the specialist/general practitioner and you do not have any plan to do a further consultation or diagnostic/laboratory tests. For Insured Female - this would exclude normal childbirth where there is no complication in pregnancy or childbirth)

Jelaskan apabila jawaban di atas 'Ya'
If Yes, Please explain

Horizontal lines for explanation text

PT AXA Mandiri Financial Services

AXA Tower Lt. 9, Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia
Tel: +62 21 3005 8888 | Fax: +62 21 3005 8500 | Website: www.axa-mandiri.co.id/life

Customer Care Centre

AXA Tower Lt. GF, Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia
Tel: +62 21 3005 8788 | Fax: +62 21 3005 7800 | Email: customer@axa-mandiri.co.id

Ya /Yes Tidak /No

2. Apakah Tertanggung sedang dalam konsultasi, perawatan medis, pengobatan, atau penelusuran diagnosis penyakit untuk gejala atau kondisi yang sedang dialami, dan/atau dalam perencanaan untuk melakukan pemeriksaan penunjang seperti laboratorium, radiologi, dan lainnya (tanpa melihat apakah dikonsultasikan atau tidak dengan dokter spesialis atau dokter umum)?
Whether the Insured in progress of consultation, treatment, disease diagnosis searches for symptoms or conditions being experienced, and/or planning to conduct investigations such as laboratory, radiology, etc. (regardless whether consulted or not with a specialist or general practitioner)?

Jelaskan apabila jawaban di atas 'Ya'
If Yes, Please explain

.....

2. Pemulihan | Reinstatement

Menyatakan bahwa
Declare that

Ya /Yes Tidak /No

1. Apakah Tertanggung pernah menjalani perawatan di rumah sakit atau pernah berkonsultasi dengan dokter spesialis atau dokter umum atau *health professional* (perawat, bidan, atau mantri) dan/atau pernah mengajukan klaim atas kondisi medisnya ke PT AXA Mandiri Financial Services dan/atau perusahaan asuransi lainnya dalam 90 hari terhitung dari tanggal jatuh tempo pembayaran premi terakhir Polis Bapak/Ibu sampai dengan tanggal surat pernyataan ini ditandatangani?
Whether the Insured ever had treatment in hospital or consulted a specialist/general practitioner/health professional, and/or ever submitted claim(s) due to their medical condition to PT AXA Mandiri Financial Services and/or other insurance company within 90 days from last premium due date of your policy until the signing date of this statement letter?

Jelaskan apabila jawaban di atas 'Ya'
If Yes, Please explain

.....

Ya /Yes Tidak /No

2. Apakah Tertanggung sedang dalam konsultasi, perawatan medis, pengobatan, atau penelusuran diagnosis penyakit untuk gejala atau kondisi yang sedang dialami, dan/atau dalam perencanaan untuk melakukan pemeriksaan penunjang seperti laboratorium, radiologi, dan lainnya (tanpa melihat apakah dikonsultasikan atau tidak dengan dokter spesialis atau dokter umum)?
Whether the Insured in the middle of consultation, treatment, disease diagnosis searches for symptoms or conditions being experienced, and/or planning to conduct investigations such as laboratory, radiology, etc. (regardless whether consulted or not with a specialist or general practitioner)?

Jelaskan apabila jawaban di atas 'Ya'
If Yes, Please explain

.....

Pernyataan Pengkinian Data | Policy Information Update

Dengan ini Saya/Kami menyatakan dan menyetujui bahwa :
Herewith I/We declare and agree of :

- Telah membaca, mengerti, menjawab dan mengisi semua pertanyaan pada Surat Pernyataan Pemegang Polis Mandiri Kesehatan Prima dan Mandiri Kesehatan Global ("Surat Pernyataan") ini dengan sebenar-benarnya, jujur, lengkap, dan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya.
Have read, understand, answer and fill all questions on this Policy Holder Statement Letter of Mandiri Kesehatan Prima and Mandiri Kesehatan Global ("Statement Letter") in good faith, honest, complete, and in trully condition.
- Semua jawaban dan keterangan di atas merupakan dasar dan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari Polis. Saya/Kami menyetujui bahwa apabila ternyata jawaban dan keterangan yang Saya/Kami berikan itu tidak benar, maka PT AXA Mandiri Financial Services ("Perusahaan") berhak membatalkan Polis sesuai dengan ketentuan Polis.
All the answer and information that I/We given are true and become an integral part of the Policy. I/We agree that if the answer and information that I/We gave it are not true , then the PT AXA Mandiri Financial Services (the "Company") reserves the right to cancel the Policy in accordance with the provisions of the Policy.
- Memberikan kuasa kepada setiap tenaga medis, dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, laboratorium, perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi, badan hukum, instansi atau lembaga, perorangan, organisasi atau pihak lain yang mempunyai keterangan tentang kebiasaan, pekerjaan, dan catatan medis dari Saya/Kami, untuk mengungkapkan kepada Perusahaan semua keterangan atau catatan kebiasaan, pekerjaan dan catatan medis dari Saya/Kami yang tidak dapat ditarik kembali atau dibatalkan berhubungan dengan kebiasaan pekerjaan dan catatan medis Saya/Kami untuk diberikan kepada Perusahaan.
Give the authorization to any medical personel, doctors, hospitals, clinics, health centers, laboratories, insurance or reinsurance company, legal entity or agency, personal, organization, or other parties who have information about habit, work, and medical records of me/us to disclose to the Company, all information or habit record, and medical records of me to disclose to the company. All Information or habit record, and medical records of me/us, cannot be withdrawn or canceled in related with work habits and medical of me/us to given to Company.
- Dokter yang pernah dan akan memeriksa Saya/Kami diperkenankan mengadakan pemeriksaan medis yang diperlukan seperti autopsi dan lainnya terhadap Saya/Kami dikemudian hari.
I/We allow the doctor that ever or will examine me/us to conduct a medical examination that required such as autopsy and others against me/us in future.

