



Nomor Polis

$$\boxed{} \quad \boxed{} \quad \boxed{} \quad - \quad \boxed{} \quad \boxed{} \quad \boxed{} \quad \boxed{} \quad \boxed{} \quad \boxed{}$$

SURAT PERNYATAAN PEMEGANG POLIS/TERTANGGUNG ASURANSI MANDIRI SOLUSI KESEHATAN

CATATAN PENTING

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

- Naik Plan
- Turun plan*

- Pemulihan
- Hapus Tertarik

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

***) Tidak perlu mengisi pernyataan kesehatan, langsung ke point 1.4**

Pernyataan Pengkinian Data

Nomor Polis

Nama Pemegang Polis

Nama Tertanggung

No. KTP/Identitas lain berlaku

Alamat Korespondensi

Nomor Telepon rumah/mobilephone

Alamat Email

Informasi tentang pajak

Untuk memastikan kepatuhan atau ketataan terhadap peraturan pajak, mohon jawab pertanyaan dibawah ini :

Apakah Anda merupakan Subjek Pajak di luar negara Indonesia? Ya Tidak

Bila "Ya", maka isi Formulir deklarasi diri (individu/badan Usaha) terkait perpajakan kepada negara mitra dan khusus untuk Warga Amerika Serikat (USA) maka wajib mengisi Formulir W-9.

Mohon cantumkan TIN (*Taxpayer Identification Number*):

1. Naik Plan / Pemulihan

Menyatakan bahwa

1. Apakah anda pernah didiagnosis, menerima pengobatan, melakukan pembedahan, atau melakukan pemeriksaan terkait penyakit kanker/tumor, diabetes, hipertensi, serangan jantung, penyakit jantung (termasuk katup dan pembuluh darah), stroke atau mini-stroke, gagal fungsi organ, penyakit mental atau kejiwaan, kelumpuhan, penyakit liver, penyakit ginjal, penyakit paru-paru, infeksi menular seksual, ketergantungan obat terlarang atau alkohol, dan/atau HIV-AIDS?

Jelaskan kapan, dimana dan diagnosis untuk masing-masing kondisi yang dialami apabila jawaban di atas 'Ya'

Tertanggung 1		Tertanggung 2		Tertanggung 3	
Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak
<input type="checkbox"/>					

<p>2. Apakah anda pernah melakukan rawat jalan, rawat inap, dan/atau pembedahan dalam 2 tahun terakhir ini?</p> <p>untuk penyakit dan kondisi berikut dikecualikan dari pertanyaan ini:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gastroenteritis akut, termasuk diare, dengan total hari rawat inap kurang dari 3 hari - Demam typhoid yang tidak berulang - Demam berdarah dengue yang tidak berulang - Malaria yang tidak berulang - Kecelakaan yang tidak menyebabkan kelumpuhan atau kelemahan anggota gerak - Persalinan (baik pervaginal atau section caesaria) yang tidak disertai komplikasi - Adenotonsilektomy (pengangkatan adenoid-amandel karena peradangan tonsil) - Imunisasi/vaksinasi - Kunjungan dokter gigi Kunjungan dokter mata terkait kelainan refraksi i.e. myopia, hypermetropy - Pemeriksaan kehamilan (tanpa komplikasi) <p>Jelaskan kapan, dimana dan diagnosis untuk masing-masing kondisi yang dialami apabila jawaban di atas 'Ya'</p> <p>.....</p>	Tertanggung 1		Tertanggung 2		Tertanggung 3	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak

<p>3. Apakah pengajuan asuransi anda pernah ditolak, ditunda, dibebankan premi tambahan, atau dimodifikasi manfaatnya karena alasan kesehatan?</p> <p>Jelaskan kapan, dimana dan diagnosis untuk masing-masing kondisi yang dialami apabila jawaban di atas 'Ya'</p> <p>.....</p>	Tertanggung 1		Tertanggung 2		Tertanggung 3	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak

4. Beri tanda pada plan yang anda pilih

- Onyx
- Emerald
- Diamond

2. Hapus Tertanggung

Penghapusan Nama Tertanggung Dari Polis

Nama Tertanggung

1.
2.
3.

Pernyataan Pengkinian Data

Dengan ini Saya/Kami menyatakan dan menyetujui bahwa :

1. Saya setuju data alamat, nomor telepon, dan email di Polis diubah sesuai dengan data keterangan dalam Formulir ini.
2. Saya menyatakan bahwa informasi yang Saya berikan ini adalah benar data pribadi Saya dan bersama ini Saya memberikan persetujuan kepada AXA Mandiri untuk:
 - a. Mengungkapkan data pribadi Saya (termasuk data terbaru) kepada pihak ketiga termasuk penyedia jasa untuk mengizinkan AXA Mandiri dalam memberikan Saya layanan terkait atas produk yang Saya beli dan untuk tujuan komersial lainnya.
 - b. Menggunakan data pribadi Saya hanya untuk tujuan pemasaran, penawaran produk dan aktivitas promosi lainnya. Oleh karena itu, Saya mengizinkan AXA Mandiri untuk menghubungi Saya dalam rangka memberikan informasi mengenai produk dan layanan melalui sarana telekomunikasi pribadi termasuk namun tidak terbatas pada email, telepon, SMS yang telah Saya berikan ini.
3. Saya/Kami telah membaca, mengerti, menjawab, dan mengisi semua pertanyaan pada Surat Pernyataan Pemegang Polis Mandiri Solusi Kesehatan ("Surat Pernyataan") ini beserta lampirannya dengan lengkap dan benar, sesuai keadaan sebenarnya, dan Saya/Kami tidak memberikan keterangan lain dalam bentuk apapun kepada Financial Advisor (FA) atau tenaga pemasar lain. Jika ternyata keterangan yang diberikan itu tidak benar, tidak lengkap dan/atau ada perubahan kondisi sebelum Polis terbit, maka perusahaan berhak melakukan seleksi risiko ulang dan/atau menolak permintaan asuransi Saya/Kami.
4. 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.
5. Saya/Kami setuju memberikan kuasa kepada Perusahaan untuk meminta semua keterangan, informasi dan ringkasan/catatan medis mengenai Saya/Kami ("Informasi") kepada setiap tenaga medis, dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, laboratorium, sarana pelayanan kesehatan, perusahaan asuransi, perusahaan reasuransi, badan hukum, instansi, atau perorangan, organisasi atau pihak lain yang mempunyai informasi Saya/Kami ("Pemegang Informasi"), dan Saya/Kami dengan ini memberikan ijin dan kuasa kepada Pemegang Informasi untuk memberikan Informasi kepada Perusahaan dalam rangka pengajuan Surat Pernyataan Pemegang Polis Mandiri Solusi Kesehatan ("Surat Pernyataan") ini, proses klaim, pelayanan nasabah dan/atau pemasaran produk.
6. Dokter yang pernah dan akan memeriksa Saya/Kami diperkenankan mengadakan pemeriksaan medis yang diperlukan seperti autopsi dan lainnya terhadap Saya/Kami dikemudian hari.
7. Saya/Kami setuju dan mengijinkan Perusahaan untuk menggunakan atau memberikan informasi, keterangan atau data-data Saya/Kami yang diperoleh dan/atau dimiliki Perusahaan 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 Perusahaan baik di dalam atau luar negeri dalam rangka, termasuk tapi tidak terbatas pada, pelayanan nasabah, proses klaim, dan/atau penawaran produk.
8. Pernyataan kepatuhan khusus terkait kewajiban pajak:
 - a) menyetujui bahwa Perusahaan dan/atau afiliasinya diwajibkan untuk patuh kepada kewajiban dari Undang-Undang, Pedoman, Perintah, dan syarat yang ditetapkan berdasarkan Hukum di Indonesia ataupun ukum Asing termasuk Undang-Undang Kepatuhan Pajak Rekening Luar Negeri Amerika Serikat, *Foreign Account Tax Compliance Act of United States of America (FATCA)*, atau perjanjian-perjanjian atas publik, peradilan, perpajakan, Pemerintahan Indonesia, dan/atau pihak berwenang lainnya, termasuk Direktorat Jenderal Pajak dan *Internal Revenue Services (IRS)* Amerika Serika ("Otoritas") yang berlaku diberbagai yurisdiksi termasuk di Indonesia sebagaimana diundangkan beserta perubahannya dari waktu ke waktu ("Kewajiban Hukum").
 - b) Saya/Kami juga setuju untuk menyediakan bantuan yang mungkin diperlukan untuk Perusahaan memenuhi seluruh kewajibannya sebagaimana diatur dalam Kewajiban Hukum tentang diri Saya/Kami atau polis Saya/Kami. Jika penyediaan informasi atau data melebih 30 hari sejak transaksi diajukan, maka Saya/Kami akan menanggung semua risiko termasuk tapi tidak terbatas pada penolakan dan/atau pembekuan transaksi.
9. Pernyataan dan kuasa yang Saya/Kami berikan ini akan tetap berlaku selama Saya/Kami masih hidup maupun sesudah Saya/Kami meninggal dunia dan sehubungan dengan hal tersebut Saya/Kami menyetujui untuk mengesampingkan ketentuan pada Pasal 1813, 1814, dan Pasal 1816 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata.
10. Segala akibat yang timbul sehubungan dengan perubahan Polis menjadi tanggung jawab Saya sepenuhnya dan dengan ini Saya membebaskan Perusahaan dari segala macam tuntutan atau gugatan dalam bentuk apa pun dari pihak manapun termasuk dari Saya.

Ditandatangani di : // (DD/MM/YYYY)

Tanda Tangan
Pemegang Polis

Tanda Tangan
Tertanggung 1

Tanda Tangan
Tertanggung 2

Tanda Tangan
Tertanggung 3

Nama Lengkap

Nama Lengkap

Nama Lengkap

Nama Lengkap

Wajib diisi oleh financial advisor (FA) yang membantu :

Pengajuan Perubahan di atas telah dikirimkan melalui email

: Ya Tidak

Kode FA :

Nama FA

:

No. Telepon (termasuk kode wilayah)

:

Untuk Kepentingan Kantor Pusat :