

RAHASIA

**Penting**

Calon Tertanggung wajib memberikan Data dan Informasi yang dibutuhkan dalam permintaan asuransi dengan benar dan lengkap sesuai dengan keadaan sebenarnya. Setiap koreksi penulisan atau pengisian wajib ditandatangani.

Harap lengkapi formulir ini kemudian kirim ke Underwriting Department melalui alamat Customer Care Centre – Corporate Solutions, AXA Tower Lt.11, Jl. Prof. Dr. Satrio Kav.18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia atau melalui fax ke nomor +62 21 3005 9703, email : [CorporateSolutions@axa-mandiri.co.id](mailto:CorporateSolutions@axa-mandiri.co.id)

Untuk Perhatian : **UNDERWRITING DEPARTMENT**

Perihal : **SURAT PERNYATAAN DIRI**

Dengan hormat,

Sehubungan dengan Surat Permintaan Asuransi kepada PT. AXA Mandiri Financial Services, dengan ini saya memberikan pernyataan-pernyataan atau informasi sebagai berikut :

**1.Data Pribadi Calon Tertanggung**

|  |  |
|--|--|
| a. Nama lengkap Calon Tertanggung<br>b. Tempat dan tanggal lahir<br>c. Tinggi dan berat badan dalam 3 tahun terakhir ini | a. _____<br>b. _____<br>c. Tinggi badan _____ cm<br>Berat badan _____ kg<br>Bertambah/berkurang/tetap _____ kg |
|--|--|

**2.Kebiasaan Pribadi Calon Tertanggung**

|   |   |
|---|---|
| a. Apakah Anda sekarang sedang dalam pengobatan / perawatan ? Jika ya, Jelaskan.<br>b. Apakah Anda merokok? Jika ya, berapa batang sehari dan sejak kapan?<br>c. Apakah Anda biasa meminum minuman keras beralkohol atau sejenisnya? Jika ya, berapa seloki / botol sehari dan sejak kapan?<br>d. Apakah Anda biasa menggunakan obat penenang, morfin dan sejenisnya? Jika ya, apa alasannya<br>e. Apakah Anda mempunyai dokter keluarga? Jika ya, sebutkan | a. _____<br>_____<br>b. _____<br>_____<br>c. _____<br>_____<br>d. _____<br>_____<br>e. Nama : _____<br>Alamat : _____<br>_____<br>_____ |
|---|---|

f. Selama 3 tahun terakhir ini, pernahkan Anda mendapat perawatan dokter, dioperasi, diperiksa dengan Sinar-X, ECG, Laboratorium, dll? Jika Ya, jelaskan pada kolom di bawah ini :

| Tanggal | Nama & Alamat Dokter Pemeriksa / Yang Merawat | Keterangan |
|---------|---|------------|
| _____   | _____   | _____      |
| _____   | _____   | _____      |

### 3. Pernahkan Anda menderita sakit?

|  | Ya | Tidak | Keterangan   |
|--|----|-------|--|
| a. Pusing, stroke, sawan / epilepsi, sakit kepala? |    |       | Jika ada jawaban "Ya" :<br>- Jika pernah melakukan pemeriksaan laboratorium / diagnostic, mohon lampirkan fotokopi hasil pemeriksaan yang telah dilakukan terkait penyakit yang diderita<br>- Berikan keterangan selengkapnya di bawah ini (a.l. no. pertanyaan, tanggal, nama penyakit, pemeriksaan, lama sakit, nama dan alamat dokter / rumah sakit yang merawat) |
| b. Sakit ginjal, kencing batu?                     |    |       |  |
| c. Sakit dada, TBC, asthma, batuk kronis?          |    |       |  |
| d. Kencing manis / kolesterol / gondok?            |    |       |  |
| e. Sipilis, kanker, tumor, gonorrhea?              |    |       |  |
| f. Tekanan darah tinggi / rendah,                  |    |       |  |
| g. Hati / kuning, lambung?                         |    |       |  |
| h. Lain-lain yang tidak disebutkan di atas?        |    |       |  |

*Jika penjelasan untuk kolom keterangan melebihi tempat yang disediakan, mohon dapat diisi pada lembar kosong lain dengan tanda tangan Calon Tertanggung*

### 4. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan Anda :

|  | Ya | Tidak | Keterangan   |
|--|----|-------|--|
| a. Diantara anggota keluarga* Anda, adakah yang bunuh diri?                            |    |       | Jika ada jawaban "Ya", berikan keterangan selengkapnya di bawah ini (a. l. no. pertanyaan, tanggal, hubungan dengan sanak keluarga, nama penyakit, pemeriksaan, lama sakit, nama dan alamat dokter / rumah sakit yang merawat) |
| b. Adakah di antara sanak keluarga* Anda yang pernah atau sedang menderita :           |    |       |  |
| - Tumor Ganas?   |    |       |  |
| - Tuberculosis?  |    |       |  |
| - Sakit rohani?  |    |       |  |
| - Sakit gula / diabetes?   |    |       |  |
| - Sawan / epilepsy?  |    |       |  |
| - Kelainan jantung / ginjal?   |    |       |  |
| - Darah tinggi / stroke?   |    |       |  |
| c. Jika pertanyaan a dan b ada, sebutkan siapa dan hubungan Anda dengan sanak saudara. |    |       |  |

*\*Anggota keluarga yang dimaksud di sini adalah orang tua, saudara kandung, suami / istri, dan anak kandung.*

### 5. Keterangan Keluarga Calon Tertanggung

|                         | Masih Hidup |                   | Sudah Meninggal Dunia |                       |
|-------------------------|-------------|-------------------|-----------------------|-----------------------|
|                         | Umur        | Keadaan Kesehatan | Umur                  | Sebab-sebab meninggal |
| Ayah                    |             |                   |                       |                       |
| Ibu                     |             |                   |                       |                       |
| Istri / Suami           |             |                   |                       |                       |
| Saudara Pria ___ orang  |             |                   |                       |                       |
| Saudara Wanita __ orang |             |                   |                       |                       |
| Anak _____ orang        |             |                   |                       |                       |

*Jika jumlah Saudara Pria / Saudara Wanita / Anak lebih dari 2 orang, maka data yang ditulis pada table hanya data Saudara / Anak yang berumur paling tua dan yang paling muda.*

|   |  |
|---|--|
| Mohon untuk diisi jika ada keluarga yang mengidap penyakit tertentu |  |
|---|--|

**6. KHUSUS WANITA**

|  |          |
|--|----------|
| a. Apakah Anda sedang hamil? Jika ya, berapa bulan?                                  | a. _____ |
| b. Kapan terakhir Anda bersalin, tanggal/bulan/tahun?                                | b. _____ |
| c. Pernahkan Anda bersalin secara abnormal?  | c. _____ |
| d. Pernahkan Anda mengalami keguguran?<br>Jika Ya, Jelaskan ! Kapan dan berapa kali? | d. _____ |
| e. Apakah haid Anda teratur?   | e. _____ |
| f. Apakah saat ini Anda sedang haid?   | f. _____ |

**PERNYATAAN DAN KUASA**

1. Saya menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa seluruh pernyataan dan jawaban-jawaban yang saya nyatakan dalam Surat Pernyataan Diri ini telah diberikan secara benar, lengkap dan sesuai dengan keadaan/kondisi yang sebenarnya, dan akan menjadi satu kesatuan dan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis yang akan diterbitkan oleh Penanggung. Apabila ada pernyataan atau jawaban saya yang bertentangan dengan keadaan sebenarnya atau adanya penyembunyian fakta-fakta/keterangan-keterangan yang seharusnya dikemukakan dalam Surat Pernyataan Diri ini, maka Polis yang diterbitkan menjadi batal walaupun sebelum permintaan Polis ini telah dilakukan pemeriksaan kesehatan dan/atau seleksi resiko.
2. Saya menyetujui Manfaat Pertanggungan hanya akan berlaku apabila pada saat penyerahan Polis/Sertifikat dan/atau bukti kepersertaan lainnya, Tertanggung dalam keadaan sehat dan premi telah dilunasi.
3. Saya memberikan izin/persetujuan dan/atau kuasa kepada dokter, klinik, puskesmas, rumah sakit, perusahaan asuransi, institusi yang berwenang dan organisasi lainnya ataupun perorangan yang mengetahui mengenai riwayat kesehatan saya untuk memberikan keterangan yang diminta/diperlukan oleh PT. AXA Mandiri Financial Services. Izin/persetujuan atau kuasa ini tidak menjadi gugur meskipun saya telah meninggal dunia dan setuju untuk mengesampingkan dan melepaskan ketentuan pasal 1813 dan 1814 KUH Perdata tentang berakhirnya pemberian kuasa. Dalam keadaan demikian saya mewajibkan kepada Penerima Manfaat dan/atau Yang Ditunjuk (Beneficiaries) dan/atau pihak lain yang berkepentingan dengan Polis ini untuk memberikan kuasa seperti yang dimaksud di atas. Salinan/fotokopi dari kuasa ini sama sahny dan berlaku seperti dokumen aslinya.

**HARAP DIBACA DENGAN TELITI SEBELUM  
DITANDATANGANI**

Ditandatangani di ..... tanggal .....

Disaksikan oleh

Calon Tertanggung

( ..... )

Nama Jelas

( ..... )

Nama Jelas

Catatan : Apabila terdapat hal-hal yang kurang jelas terkait dengan Surat Pernyataan Diri ini, Calon Tertanggung dapat langsung menghubungi **AXA Mandiri Customer Care Centre – Corporate Solutions**, AXA Tower Lt. 11, Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18 Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia | Telepon : 500803 | Fax : 021-3005 9703 | Email : CorporateSolutions@axa-mandiri.co.id.