



**Customer Care Center**  
AXA Tower Lt. GF  
Jl. Prof Dr. Satrio Kav.18 Kuningan City  
Jakarta 12940, Indonesia  
Tel: 1500733  
Email: [customer.general@axa.co.id](mailto:customer.general@axa.co.id)

## Application Form – Individual & Family International Exclusive

### Important Notice / Catatan Penting

If you do not fully and faithfully give the facts as you know them or ought to know them, the policy may be invalidated. You must also disclose facts which even you may feel doubtful about whether they are material to disclose.

*Jika Anda tidak mengisi secara lengkap dan benar sesuai fakta yang Anda tahu atau seharusnya Anda tahu, maka polis Anda dapat dibatalkan. Anda harus mengungkapkan fakta apapun bahkan jika Anda merasa tidak yakin apakah hal tersebut harus dijelaskan.*

Please complete this form using Block Capitals and by ticking the relevant boxes. It is important that you provide the following information so that we can properly assess your application. If, therefore, you do not answer the questions we shall take that failure to answer to mean that you have nothing to disclose. This application must be completed by you or your parent/legal guardian in your/their own handwriting. If you need to make a correction, please initial the change.

*Lengkapi formulir ini dengan menggunakan Huruf Besar dan dengan memberikan tanda centang pada kotak-kotak yang sesuai. Penting agar Anda memberikan informasi berikut ini sehingga kami dapat menilai permohonan Anda secara tepat. Apabila Anda tidak menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut, maka kami akan menganggap bahwa Anda tidak memiliki hal-hal untuk diungkapkan. Permohonan ini harus dilengkapi oleh Anda atau orang tua/wali Anda yang sah dengan menggunakan tulisan tangan Anda/mereka sendiri. Apabila Anda ingin melakukan koreksi, berikan paraf pada perubahan tersebut.*

The purpose of personal data and information collected in this form will be used for insurance coverage process and will be kept by PT AXA Insurance Indonesia (AXA Insurance) in accordance with applicable law and regulations

*Pengumpulan data dan informasi pribadi dalam formulir ini bertujuan untuk pemrosesan pertanggungans asuransi dan akan disimpan oleh PT AXA Insurance Indonesia (AXA Insurance) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.*

1. Personal details of the Policy Holder (please keep us informed of any changes of your address) <i>Rincian data pemegang polis (berikan informasi kepada kami tentang perubahan alamat anda)</i>		
Policy Holder's Full Name (If the Policy Holder is a Company, please provide Company name) <i>Nama Lengkap Pemegang Polis (Jika Pemegang Polis adalah Perusahaan, silakan diinformasikan nama perusahaannya)</i>		Sex / <i>Jenis Kelamin</i> <input type="checkbox"/> Male / <i>Laki-laki</i> <input type="checkbox"/> Female / <i>Wanita</i>
Nama Alias Pemegang Polis (Jika Ada) <i>Policy Holder's Aliases (If Any)</i>		
KTP/Passport No. <sup>1</sup> / <i>No. KTP/Paspor<sup>1</sup></i>	Date of Birth / <i>Tanggal Lahir (dd/mm/yyyy)</i>	Nationality / <i>Kebangsaan</i>
Expiry Date / <i>Masa Berlaku (dd/mm/yyyy)</i>	Place of Birth / <i>Tempat Lahir</i>	
Business Permit/License No.: <i>Izin Usaha/Nomor Lisensi :</i>		



**Customer Care Center**  
AXA Tower Lt. GF  
Jl. Prof Dr. Satrio Kav.18 Kuningan City  
Jakarta 12940, Indonesia  
Tel: 1500733  
Email: [customer.general@axa.co.id](mailto:customer.general@axa.co.id)

Tax ID / NPWP		
Marital Status/Status Perkawinan <input type="checkbox"/> Single / Belum Menikah <input type="checkbox"/> Married / Menikah <input type="checkbox"/> Divorce / Cerai	Number of Child(ren) / Jumlah Tanggungan	Relationship / Hubungan <input type="checkbox"/> Spouse / Pasangan <input type="checkbox"/> Child / Anak <input type="checkbox"/> Parent / Orang Tua
Principal Country of Residence <sup>2</sup> and Address / Negara Tempat Tinggal Utama dan Alamatnya		
Post Code / Kode Pos		
Home Country Address (If this is Different from the Principal Country of Residence and Address) / Alamat Negara Asal Jika Berbeda dengan Negara Tempat Tinggal Utama		
Post Code / Kode Pos		
Correspondence Address (If this is Different from the Principal Country of Residence and Address) / Alamat Surat Menyurat Jika Berbeda dengan Negara Tempat Tinggal Utama		
Post Code / Kode Pos		
Telephone No / No. Telepon	Fax No / No. Fax	Mobile No / No. Telepon Genggam
Email / Alamat Email	Name of Company / Employer Nama Perusahaan Tempat Bekerja	Job Nature / Bidang Usaha
Occupation / Job Position Pekerjaan / Jabatan	Office Address / Alamat Kantor  Post Code / Kode Pos	Beneficial Owner (If any, please fill out the Beneficial Owner Form) Beneficial Owner (jika ada, silakan mengisi formulir Beneficial Owner)

<sup>1</sup> Please attached a photocopy of KTP or passport (for proof of identity)  
*Mohon lampirkan fotokopi KTP atau paspor (untuk bukti identitas)*

<sup>2</sup> the country where you live or intend to live for most of the year being 185 days or more and which will be shown as your address and place of residence in our records.  
*Negara dimana Anda tinggal atau bermaksud untuk tinggal pada hampir sepanjang tahun, yaitu selama 185 hari atau lebih dan yang akan tercantum sebagai alamat dan tempat tinggal Anda dalam catatan kami.*

Source of Income/Funds / Sumber Penghasilan/Dana <input type="checkbox"/> Salary / Gaji <input type="checkbox"/> Business Income / Pendapatan Bisnis <input type="checkbox"/> Another Income, please specify / Pendapatan lainnya, tolong sebutkan _____
Estimation of total income (per year) / Perkiraan jumlah pendapatan total (per tahun): <input type="checkbox"/> Less than IDR 100 million / Kurang dari IDR 100 juta <input type="checkbox"/> IDR 100 million to IDR 500 million / Antara IDR 100 juta sampai dengan IDR 500 juta <input type="checkbox"/> More than IDR 500 million / Lebih dari IDR 500 juta



**Customer Care Center**  
 AXA Tower Lt. GF  
 Jl. Prof Dr. Satrio Kav.18 Kuningan City  
 Jakarta 12940, Indonesia  
 Tel: 1500733  
 Email: [customer.general@axa.co.id](mailto:customer.general@axa.co.id)

Reason for apply policy insurance / Alasan mengajukan polis asuransi: <input type="checkbox"/> Income protection / Perlindungan terhadap pendapatan <input type="checkbox"/> Loan requirement / Persyaratan pengajuan pinjaman <input type="checkbox"/> Others, please specify / Lainnya, tolong sebutkan _____
--

**2. Your choice of plan (The plan selected would be the same for each person covered by this application)**  
*Pilihan plan Anda (Program yang dipilih akan sama untuk setiap orang yang ditanggung dalam permohonan ini)*

<b>International Exclusive Plan</b> <input type="checkbox"/> Plan A <input type="checkbox"/> Plan B <input type="checkbox"/> Plan C	<b>Annual deductible / Risiko sendiri tahunan</b> <input type="checkbox"/> USD 5,000 at 25% premium discount / USD 5,000 (diskon premi 25%) <input type="checkbox"/> USD 1,500 at 12.5% premium discount / USD 1,500 (diskon premi 12.5%) <input type="checkbox"/> USD 500 at 5% premium discount / USD 500 (diskon premi 5%)
<b>Zone / Zona :</b>  <input type="checkbox"/> Zone 3 / Zona 3  <i>*If you are residing in USA &amp; Hong Kong, please contact us for quote</i> <i>Jika Anda bertempat tinggal di Amerika dan Hong Kong mohon hubungi kami untuk penawaran</i>	<b>Premium payment / Pembayaran premi</b> <input type="checkbox"/> Bank Transfer / Transfer Bank Details of bank transfer payment will be informed further on Cover Note <i>Rincian pembayaran lewat transfer bank akan kami informasikan lebih lanjut di Cover Note</i>
<b>Area of Cover / Wilayah pertanggung</b> <input type="checkbox"/> Asia <input type="checkbox"/> Worldwide excluding USA / Seluruh dunia, kecuali Amerika Serikat <input type="checkbox"/> Worldwide / Seluruh dunia	<input type="checkbox"/> Credit card / Kartu Kredit Please complete the credit card authorization section on page 7 <i>Mohon lengkapi bagian otorisasi kartu kredit pada halaman 7</i>  <input type="checkbox"/> Cash / Tunai

**Plan to commence on / / (dd/mm/yyyy) for one year. No liability will be accepted until this application has been accepted by PT AXA Insurance Indonesia and the premium is received. The cover will be subject to no change in information as declared by you in this application form and at the time of commencement of the plan. Please declare to us any change in information as soon as it is known to you. Failure to do so may result in claims or benefits being refused or termination of the cover policy.**

*Program akan dimulai pada / / (tgl/bln/thn) selama satu tahun. Tidak ada pertanggungjawaban yang akan diterima sampai permohonan ini dan premi telah diterima oleh PT AXA Insurance Indonesia. Pertanggungjawaban akan tunduk pada tidak adanya perubahan informasi sebagaimana dinyatakan oleh Anda dalam formulir permohonan ini dan pada waktu dimulainya program. Segera beritahukan kepada kami apabila terdapat perubahan informasi apapun setelah Anda mengetahui adanya perubahan tersebut. Apabila Anda tidak memberitahukan perubahan tersebut kepada kami, klaim atau manfaat akan ditolak atau pertanggungjawaban akan ditarik.*

**3. Medical practitioner(s) most frequently used in the last 5 years**  
*Dokter (Dokter-dokter) yang paling sering dikunjungi selama 5 tahun terakhir*

<b>Medical Practitioner(s) Name / Nama Dokter (Dokter-dokter)</b>	
<b>Address / Alamat</b>	
<b>Post Code / Kode Pos</b>	
<b>Telephone / No. Telepon</b>	<b>Fax No / No. Fax</b>
<b>Email / Alamat Email</b>	

Please continue on Page 8 under 'Additional Information' if required  
 Mohon lanjutkan di halaman 8 dibawah 'Informasi Tambahan' apabila dibutuhkan.



**Customer Care Center**  
AXA Tower Lt. GF  
Jl. Prof Dr. Satrio Kav.18 Kuningan City  
Jakarta 12940, Indonesia  
Tel: 1500733  
Email: [customer.general@axa.co.id](mailto:customer.general@axa.co.id)

4. Person to be covered / Orang-orang yang ditanggung	
Is the applicant one of the persons to be covered? <i>Apakah pemohon termasuk salah satu orang yang ditanggung?</i>	
<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak	

Additional family members to be covered^ / Anggota keluarga tambahan yang akan ditanggung ^				
1	Name (as in KTP/Passport) / Nama (sesuai KTP/Paspor)			Nationality / Kebangsaan
	Relationship to the applicant <i>Hubungan dengan Pemohon</i>	Sex / Jenis Kelamin <input type="checkbox"/> Male / Laki-laki <input type="checkbox"/> Female / Wanita	Date of Birth (dd/mm/yyyy) <i>Tanggal lahir</i>	KTP/ Passport No. / No. <i>KTP/Paspor</i>
	Principal country of residence <sup>2</sup> / Negara tempat tinggal utama <sup>2</sup>			
	Occupation/Job Position / Pekerjaan/Jabatan		Job Nature / Bidang Usaha	

2	Name (as in KTP/Passport) / Nama (sesuai KTP/Paspor)			Nationality / Kebangsaan
	Relationship to the applicant <i>Hubungan dengan Pemohon</i>	Sex / Jenis Kelamin <input type="checkbox"/> Male / Laki-laki <input type="checkbox"/> Female / Wanita	Date of Birth (dd/mm/yyyy) <i>Tanggal lahir</i>	KTP/ Passport No. / No. <i>KTP/Paspor</i>
	Principal country of residence <sup>2</sup> / Negara tempat tinggal utama <sup>2</sup>			
	Occupation/Job Position / Pekerjaan/Jabatan		Job Nature / Bidang Usaha	

3	Name (as in KTP/Passport) / Nama (sesuai KTP/Paspor)			Nationality / Kebangsaan
	Relationship to the applicant <i>Hubungan dengan Pemohon</i>	Sex / Jenis Kelamin <input type="checkbox"/> Male / Laki-laki <input type="checkbox"/> Female / Wanita	Date of Birth (dd/mm/yyyy) <i>Tanggal lahir</i>	KTP/ Passport No. / No. <i>KTP/Paspor</i>
	Principal country of residence <sup>2</sup> / Negara tempat tinggal utama <sup>2</sup>			
	Occupation/Job Position / Pekerjaan/Jabatan		Job Nature / Bidang Usaha	



**Customer Care Center**  
 AXA Tower Lt. GF  
 Jl. Prof Dr. Satrio Kav.18 Kuningan City  
 Jakarta 12940, Indonesia  
 Tel: 1500733  
 Email: [customer.general@axa.co.id](mailto:customer.general@axa.co.id)

4	Name (as in KTP/Passport) / <i>Nama (sesuai KTP/Paspor)</i>			Nationality / <i>Kebangsaan</i>
	Relationship to the applicant <i>Hubungan dengan Pemohon</i>	Sex / <i>Jenis Kelamin</i> <input type="checkbox"/> Male / <i>Laki-laki</i> <input type="checkbox"/> Female / <i>Wanita</i>	Date of Birth (dd/mm/yyyy) <i>Tanggal lahir</i>	KTP/ Passport No. / <i>No. KTP/Paspor</i>
	Principal country of residence <sup>2</sup> / <i>Negara tempat tinggal utama<sup>2</sup></i>			
	Occupation/Job Position / <i>Pekerjaan/Jabatan</i>		Job Nature / <i>Bidang Usaha</i>	

<sup>2</sup> the country where you live or intend to live for most of the year being 185 days or more and which will be shown as your address and place of residence in our records.

*Negara dimana Anda tinggal atau bermaksud untuk tinggal pada hampir sepanjang tahun, yaitu selama 185 hari atau lebih dan yang akan tercantum sebagai alamat dan tempat tinggal Anda dalam catatan kami.*

<sup>^</sup> Additional family members to be covered under the same application must be living with you. If you want to cover family members not living with you, please use separate application form.

*Anggota keluarga tambahan yang akan ditanggung dalam permohonan yang sama harus tinggal Bersama Anda. Jika Anda ingin menanggung anggota keluarga yang tidak tinggal Bersama Anda, mohon gunakan formulir permohonan lain.*

5. Existing or any previous health insurance / <i>Perusahaan asuransi yang menjamin Anda saat ini atau sebelumnya</i>	Yes / <i>Ya</i>	No / <i>Tidak</i>
Does any of the person to be insured have a current health cover or previously had a health cover with any insurer, including PT AXA Insurance Indonesia? <i>Apakah orang yang akan ditanggung saat ini atau sebelumnya pernah memiliki pertanggungan kesehatan dengan perusahaan asuransi manapun, termasuk PT AXA Insurance Indonesia?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Has any person to be insured ever been rejected, postponed, accepted at special terms for life or health application by an insurance company, or its renewal been refused? <i>Apakah orang yang akan ditanggung memiliki permohonan asuransi jiwa atau kesehatan yang pernah ditolak, ditunda, diterima dengan syarat-syarat khusus oleh perusahaan asuransi atau perpanjangannya pernah ditolak?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If the answer to any of the above question is 'Yes' please provide details below (including name of the insurance company, scheme/plan name, period of insurance and membership number, if available) / <i>Apabila ada jawaban untuk salah satu pertanyaan diatas adalah 'Ya' mohon berikan rincian dibawah ini (termasuk nama perusahaan asuransi, nama skema/plan, jangka waktu asuransi dan nomor keanggotaan, apabila tersedia)</i>		



6. Confidential medical history (Declarations must be made in writing by the applicant of this application. Verbal declarations WILL NOT be accepted)

*RIWAYAT MEDIS YANG BERSIFAT RAHASIA (Pernyataan-pernyataan harus dibuat secara tertulis pada permohonan ini. Pernyataan-pernyataan secara lisan TIDAK AKAN diterima)*

Please Note / Mohon Diperhatikan:

- (i) NO LIABILITY WILL BE ACCEPTED FOR ANY MEDICAL CONDITIONS WHICH ORIGINATED BEFORE THE DATE OF ENROLMENT OR WHICH WAS FORESEEABLE AT THE TIME OF APPLICATION unless such medical condition has been declared to and accepted by PT AXA Insurance Indonesia in writing.  
*TIDAK ADA PERTANGGUNGJAWABAN YANG AKAN DITERIMA UNTUK SETIAP KONDISI MEDIS YANG BERMULA SEBELUM TANGGAL PENDAFTARAN ATAU YANG TELAH DAPAT DIPERKIRAKAN PADA SAAT PERMOHONAN DIAJUKAN kecuali apabila kondisi medis tersebut telah dinyatakan kepada dan diterima oleh PT AXA Insurance Indonesia secara tertulis.*
- (ii) Failure to notify PT AXA Insurance Indonesia of a medical condition may result in claims for benefit being refused or cover terminated/withdrawn. If you are in any doubt, you should disclose the medical condition. Please ensure that you fully disclose any known or suspected conditions and symptoms experienced by anybody included in this application. This applies even if professional advice has not yet been sought. Typical examples are varicose veins, allergies, backache, foot disorders e.g. bunions, piles gynaecological problems (including any irregularities of menstruation), complications of pregnancy, digestive, irregularities, skin problems, trouble with heart, limbs, eyes, nerves, any ear, nose or throat problems or any pains, swellings, lumps or fever.  
*Kelalaian untuk memberitahukan kepada PT AXA Insurance Indonesia tentang suatu kondisi medis dapat menyebabkan klaim atas manfaat ditolak dan pertanggungungan ditarik. Apabila Anda merasa ragu-ragu, sebaiknya Anda mengungkapkan kondisi medis. Pastikan bahwa Anda mengungkapkan secara lengkap setiap kondisi dan gejala yang diketahui atau diduga yang dialami oleh setiap orang yang tercakup dalam permohonan ini. Hal ini berlaku bahkan apabila nasihat profesional belum diupayakan. Contoh-contoh khusus adalah varises, alergi, sakit punggung, kelainan pada kaki misalnya, pembengkakan ibu jari, ambeien/wasir, masalah-masalah ginekologi (termasuk ketidakteraturan menstruasi), komplikasi kehamilan, gangguan pencernaan, masalah-masalah kulit, masalah dengan jantung, anggota tubuh, mata, urat-urat saraf, telinga, masalah-masalah hidung atau tenggorokan atau rasa nyeri, pembengkakan, benjolan atau demam.*

**Part A / Bagian A**

**You must declare your medical history even if you have been insured with us or anyone else before.**

**Anda harus menyatakan Riwayat medis Anda bahkan apabila Anda telah diasuransikan oleh kami atau siapa pun sebelumnya.**

Please consider the following six questions as they apply to each of the people named. Answer each question by clearly ticking one of the corresponding Yes/No boxes	Applicant / Pemohon	1st family member Anggota keluarga pertama	2nd family member Anggota keluarga kedua	3rd family member Anggota keluarga ketiga	4th family member Anggota keluarga keempat
<i>Pertimbangan keenam pertanyaan di bawah ini sebagaimana pertanyaan-pertanyaan tersebut berlaku untuk setiap orang yang disebutkan. Jawablah setiap pertanyaan dengan memberikan tanda centang yang jelas pada salah satu kotak Ya/Tidak yang sesuai</i>	Name / Nama	Name / Nama	Name / Nama	Name / Nama	Name / Nama
1. Has any in-patient stay in a hospital or nursing home taken place within the last five years?	Yes Ya      No Tidak	Yes Ya      No Tidak	Yes Ya      No Tidak	Yes Ya      No Tidak	Yes Ya      No Tidak



<p><i>Apakah pernah menjalani perawatan rawat inap di rumah sakit atau panti perawatan selama lima tahun terakhir?</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>2. Has any specialist/medical practitioner been consulted within the last five years?  <i>Apakah pernah berkonsultasi dengan dokter spesialis/umum selama lima tahun terakhir?</i></p>	<p><b>Yes</b> <b>Ya</b></p> <input type="checkbox"/>	<p><b>No</b> <b>Tidak</b></p> <input type="checkbox"/>	<p><b>Yes</b> <b>Ya</b></p> <input type="checkbox"/>	<p><b>No</b> <b>Tidak</b></p> <input type="checkbox"/>	<p><b>Yes</b> <b>Ya</b></p> <input type="checkbox"/>	<p><b>No</b> <b>Tidak</b></p> <input type="checkbox"/>	<p><b>Yes</b> <b>Ya</b></p> <input type="checkbox"/>	<p><b>No</b> <b>Tidak</b></p> <input type="checkbox"/>	<p><b>Yes</b> <b>Ya</b></p> <input type="checkbox"/>
<p>3. Have you experienced any symptoms but not consulted a medical practitioner in the last five years?  <i>Apakah Anda pernah mengalami gejala-gejala apa pun tetapi belum dikonsultasikan dengan seorang dokter selama lima tahun terakhir?</i></p>	<p><b>Yes</b> <b>Ya</b></p> <input type="checkbox"/>	<p><b>No</b> <b>Tidak</b></p> <input type="checkbox"/>	<p><b>Yes</b> <b>Ya</b></p> <input type="checkbox"/>	<p><b>No</b> <b>Tidak</b></p> <input type="checkbox"/>	<p><b>Yes</b> <b>Ya</b></p> <input type="checkbox"/>	<p><b>No</b> <b>Tidak</b></p> <input type="checkbox"/>	<p><b>Yes</b> <b>Ya</b></p> <input type="checkbox"/>	<p><b>No</b> <b>Tidak</b></p> <input type="checkbox"/>	<p><b>Yes</b> <b>Ya</b></p> <input type="checkbox"/>
<p>4. Has any medical practitioner been consulted and/or provided prescriptions for any drugs or medication within the last two years?  <i>Apakah Anda pernah berkonsultasi dengan seorang dokter dan/atau mendapatkan resep untuk obat-obatan atau pengobatan apa pun selama dua tahun terakhir?</i></p>	<p><b>Yes</b> <b>Ya</b></p> <input type="checkbox"/>	<p><b>No</b> <b>Tidak</b></p> <input type="checkbox"/>	<p><b>Yes</b> <b>Ya</b></p> <input type="checkbox"/>	<p><b>No</b> <b>Tidak</b></p> <input type="checkbox"/>	<p><b>Yes</b> <b>Ya</b></p> <input type="checkbox"/>	<p><b>No</b> <b>Tidak</b></p> <input type="checkbox"/>	<p><b>Yes</b> <b>Ya</b></p> <input type="checkbox"/>	<p><b>No</b> <b>Tidak</b></p> <input type="checkbox"/>	<p><b>Yes</b> <b>Ya</b></p> <input type="checkbox"/>
<p>5. Does any chronic/long-term medical or dental conditions exist or has there been any other known disability, abnormality or recurrent illness or injury during the last five years?  <i>Apakah terdapat kondisi medis atau gigi yang kronis/terlah lama atau apakah terdapat kecacatan, kelainan atau penyakit atau cedera kambuhan lainnya yang telah diketahui selama lima tahun terakhir?</i></p>	<p><b>Yes</b> <b>Ya</b></p> <input type="checkbox"/>	<p><b>No</b> <b>Tidak</b></p> <input type="checkbox"/>	<p><b>Yes</b> <b>Ya</b></p> <input type="checkbox"/>	<p><b>No</b> <b>Tidak</b></p> <input type="checkbox"/>	<p><b>Yes</b> <b>Ya</b></p> <input type="checkbox"/>	<p><b>No</b> <b>Tidak</b></p> <input type="checkbox"/>	<p><b>Yes</b> <b>Ya</b></p> <input type="checkbox"/>	<p><b>No</b> <b>Tidak</b></p> <input type="checkbox"/>	<p><b>Yes</b> <b>Ya</b></p> <input type="checkbox"/>
<p>6. Is there any known or foreseeable need to consult any doctor or other health professional?</p>	<p><b>Yes</b> <b>Ya</b></p> <input type="checkbox"/>	<p><b>No</b> <b>Tidak</b></p> <input type="checkbox"/>	<p><b>Yes</b> <b>Ya</b></p> <input type="checkbox"/>	<p><b>No</b> <b>Tidak</b></p> <input type="checkbox"/>	<p><b>Yes</b> <b>Ya</b></p> <input type="checkbox"/>	<p><b>No</b> <b>Tidak</b></p> <input type="checkbox"/>	<p><b>Yes</b> <b>Ya</b></p> <input type="checkbox"/>	<p><b>No</b> <b>Tidak</b></p> <input type="checkbox"/>	<p><b>Yes</b> <b>Ya</b></p> <input type="checkbox"/>



Apakah terdapat kebutuhan yang telah diketahui atau dapat diperkirakan sebelumnya untuk berkonsultasi dengan dokter mana pun atau ahli kesehatan lainnya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

If there is any major condition falling outside the five years period mentioned above that we should know about, in good faith you must declare it.

Apabila terdapat kondisi penting apa pun yang terjadi di luar jangka waktu lima tahun yang disebutkan di atas yang perlu kami ketahui, Anda harus menyatakan hal tersebut dengan itikad baik.

**Part B / Bagian B**

**\*Please use block capitals throughout / Gunakan huruf besar di semua kolom**

1	2	3	4		5	6	7
Name of patient <i>Nama pasien</i>	Relevant section of Part A <i>Kolom yang sesuai dengan Bagian A</i>	Nature of illness/disability and treatment received <i>Penyebab sakit/ketidakmampuan dan perawatan yang diterima</i>	When did it start? <i>Kapan mulai muncul</i>		How long did it last? <i>Berapa lama berlangsung?</i>	Need for any further treatment or consultation? <i>Perlu perawatan atau konsultasi lanjutan?</i>	Present state of health in this respect <i>Keadaan Kesehatan saat ini</i>
			Month / <i>Bulan</i>	Year / <i>Tahun</i>			

\*This part applies if you have indicated 'Yes' replies in Part A. Please disclose all medical conditions (or undiagnosed symptoms) to which these replies are intended to apply. Use column 3 to list them separately and give the further detailed information required by column 4 to 6. If insufficient space, please list on this page under 'Additional Information'.

Bagian ini berlaku apabila Anda memberikan jawaban 'Ya' pada Bagian A. Ungkapkan semua kondisi medis Anda (atau gejala-gejala yang belum didiagnosis) yang menjadi maksud dari jawaban-jawaban tersebut. Gunakan kolom 3 untuk membuat daftar kondisi-kondisi tersebut secara terpisah dan berikan rincian informasi lebih lanjut yang diminta dalam kolom 4 sampai dengan kolom 6. Apabila tidak terdapat cukup ruang, buatlah daftar pada halaman ini di bawah judul 'Informasi Tambahan'.

Additional Information / <i>Informasi Tambahan</i>





**7. Credit card authorization / Otorisasi kartu kredit**

I wish to pay the premium of / *Saya akan membayar premi sebesar*

USD													
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

VISA       MasterCard       Diners       Amex

Card No.  
No. Kartu

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

Expiry date / Tanggal :

mm / bln	yy / thn

Cardholder's name  
Nama pemegang kartu

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

Cardholder's signature      x      Date      x  
 Tandatangan pemegang kartu      \_\_\_\_\_      Tanggal      \_\_\_\_\_

**8. Your Signature and Declaration / Tanda Tangan dan Pernyataan Anda**

I/We hereby declare that I/We understand the essential information on major features of this product.  
 Dengan ini Saya/Kami menyatakan bahwa telah mengerti informasi penting tentang fitur-fitur utama dari produk ini.

I/We hereby declare that the above answers and statements are true, and that I/We withheld no information whatsoever regarding this application. I/We agree that this declaration and answers given above, as well as any application or declaration or statement made in writing by me/ourselves or anyone acting on my/our behalf shall form the basis of the contract between me/ourselves with PT AXA Insurance Indonesia. I/We further declare and agree that in the event that this declaration shall contain any misstatement, misrepresentation, suppression and/or fraud, the issuance of the policy shall not be or deemed to be a waiver of such misstatement, misrepresentation, suppression and/or fraud.

*Dengan ini Saya/Kami menyatakan bahwa jawaban-jawaban dan pernyataan-pernyataan di atas adalah benar, dan bahwa Saya/Kami tidak menahan informasi apa pun terkait dengan permohonan ini. Saya/Kami menyetujui bahwa Pernyataan ini dan jawaban-jawaban yang diberikan di atas, serta setiap permohonan atau pernyataan yang dibuat secara tertulis oleh Saya/Kami sendiri atau setiap orang yang bertindak atas nama Saya/Kami adalah dasar kontrak antara Saya/Kami sendiri dengan PT AXA Insurance Indonesia. Selanjutnya Saya/Kami menyatakan dan menyetujui bahwa apabila pernyataan ini memuat pernyataan yang salah, penyajian yang salah, hal-hal yang disembunyikan, dan/atau kecurangan, penerbitan polis ini tidak merupakan atau tidak akan dianggap sebagai pengesampingan pernyataan yang salah, penyajian yang salah, hal-hal yang disembunyikan, dan/atau kecurangan tersebut.*

I/We aware and understand if the answer or information that I/We have provided are incorrect, PT AXA Insurance Indonesia reserves the right to cancel the policy without having the obligation to pay any benefit, included the Sum Insured.  
 Dengan ini Saya/Kami sadar bahwa jika ada sesuatu yang Saya/Kami ketahui dan tidak saya beritahukan atau saya menjawab dengan tidak benar, maka PT AXA Insurance Indonesia berhak membatalkan polis ini tanpa berkewajiban untuk membayar manfaat apapun, termasuk dan Uang Pertanggungan.

I/We further acknowledge that I/We fully understand all the terms and the answers provided are the actual information disclosed by me/us to the person filling any forms on my/our behalf. I/We agree that the acceptance of my/our application shall be on the basis of these statements. I/We agree that PT AXA Insurance Indonesia may contact my/our medical practitioner(s), hospital, clinic, other



**Customer Care Center**  
 AXA Tower Lt. GF  
 Jl. Prof Dr. Satrio Kav.18 Kuningan City  
 Jakarta 12940, Indonesia  
 Tel: 1500733  
 Email: [customer.general@axa.co.id](mailto:customer.general@axa.co.id)

insurances, any organization, or other peoples for further details of my/our medical history and authorize such parties to release any information PT AXA Insurance Indonesia may require.

*Selanjutnya Saya/Kami mengakui bahwa Saya/Kami memahami sepenuhnya semua syarat dan jawaban-jawaban yang diberikan adalah informasi yang nyata yang diungkapkan oleh Saya/Kami kepada orang yang mengisi formulir-formulir manapun atas nama Saya/Kami. Saya/Kami menyetujui bahwa permohonan Saya/Kami ini akan diterima dengan berdasarkan pernyataan-pernyataan ini. Saya/Kami menyetujui bahwa PT AXA Insurance Indonesia dapat menghubungi dokter(-dokter) Saya/Kami, rumah sakit, klinik, perusahaan asuransi, atau setiap organisasi, lembaga atau orang untuk memperoleh rincian lebih lanjut tentang riwayat medis Saya/Kami dan Saya/Kami memberikan kuasa kepada pihak-pihak tersebut untuk mengeluarkan informasi apa pun yang mungkin diisyaratkan oleh PT AXA Insurance Indonesia.*

I/We hereby authorize PT AXA Insurance Indonesia to use my personal data and information as stated in this form or in other means, including other parties which have an agreement relationship with PT AXA Insurance Indonesia and/or affiliates, in relation to any activities related to the policy issued under this form.

*Saya/Kami memberikan kuasa, persetujuan dan mengizinkan kepada PT AXA Insurance Indonesia untuk menggunakan data-data dan informasi-informasi pribadi yang disebutkan dalam formulir ini atau pada bentuk form lainnya, termasuk memberikan kepada pihak-pihak lain yang bekerjasama dengan PT AXA Insurance Indonesia dan/atau afiliasi-afiliasinya, untuk dipergunakan dalam pelaksanaan kegiatan-kegiatan dan/atau pelayanan-pelayanan terkait penerbitan polis berdasarkan formulir ini.*

I/We understand that the insurance coverage will be valid after it is approved by PT AXA Insurance Indonesia.

*Saya/Kami memahami bahwa pertanggung jawaban asuransi akan mulai berlaku setelah semuanya sudah disetujui oleh PT AXA Insurance Indonesia.*

Copy of this form or statement has the same legal force as the original.

*Salinan dari formulir atau pernyataan ini mempunyai kekuatan hukum yang sama seperti aslinya.*

Signature X \_\_\_\_\_ Print name X \_\_\_\_\_ Date X \_\_\_\_\_  
 Tanda tangan \_\_\_\_\_ Nama jelas \_\_\_\_\_ Tanggal \_\_\_\_\_

**9. Other Statement / Pernyataan Lain**

Dengan ini Saya/Kami menyetujui bahwa data dan informasi pribadi yang Saya/Kami berikan kepada PT AXA Insurance Indonesia ("PT AXA Insurance") dapat dikirimkan oleh PT AXA Insurance kepada pihak lain yang bekerjasama dengan dan/atau ditunjuk oleh PT AXA Insurance, Regulator dan Pihak yang Berwenang dan/atau Asosiasi sehubungan dengan keperluan operasional PT AXA Insurance termasuk namun tidak terbatas pada keperluan pertanggung jawaban asuransi Saya/Kami, proses penutupan asuransi, proses reasuransi dan klaim.

*I/We hereby agree that the personal data and information that I/We provided to PT AXA Insurance Indonesia ("PT AXA Insurance") can be sent by PT AXA Insurance to other parties who cooperate with and/or appointed by PT AXA Insurance, Regulators and Authorized Parties and/or Associations in connection with PT AXA Insurance's operation needs including but not limited to My/Our insurance coverage needs, insurance closing, reinsurance and claims processes.*

Pilih salah satu jawaban dengan tanda centang (✓)

*Please select the answer with tick mark (✓)*

- Ya/Yes
- Tidak/No

Dengan ini Saya/Kami menyetujui untuk dilakukan pemasaran, penawaran produk dan aktivitas promosi lainnya melalui sarana komunikasi pribadi Saya/Kami termasuk namun tidak terbatas pada email, telepon, SMS dan media komunikasi online lainnya.

*I/We hereby agree to receive any of marketing, product offerings and other promotional activities through My/Our personal communication including but not limited to email, telephone, SMS and other media communication online.*

Pilih salah satu jawaban dengan tanda centang (✓)



**Customer Care Center**  
AXA Tower Lt. GF  
Jl. Prof Dr. Satrio Kav.18 Kuningan City  
Jakarta 12940, Indonesia  
Tel: 1500733  
Email: [customer.general@axa.co.id](mailto:customer.general@axa.co.id)

Please select the answer with tick mark (✓)

- [ ] Ya/Yes  
[ ] Tidak/No

Pernyataan PT AXA Insurance  
*PT AXA Insurance Statement*

- a. PT AXA Insurance berkomitmen untuk menjaga kerahasiaan dan melaksanakan pemrosesan data dan informasi pribadi secara sah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku, sampai dengan batas waktu yang telah ditentukan sesuai dengan kebijakan retensi PT AXA Insurance kecuali penyimpanan lebih lanjut diperlukan untuk memenuhi periode retensi yang lebih lama untuk memenuhi persyaratan operasional, hukum, peraturan, pajak, atau akuntansi PT AXA Insurance.  
*PT AXA Insurance is committed to maintaining confidentiality and carrying out legal processing of personal data in accordance with applicable laws and regulations, up to a predetermined retention period in accordance with PT AXA Insurance's retention policy unless further storage is required to fulfill a longer retention period of operational, legal, regulatory, tax, or accounting requirements of PT AXA Insurance.*
- b. PT AXA Insurance akan menghancurkan atau menganonimkan data dan informasi pribadi Nasabah dari catatan dan sistem cadangan PT AXA Insurance sesuai dengan kebijakan retensi PT AXA Insurance kecuali penyimpanan lebih lanjut diperlukan untuk memenuhi periode retensi yang lebih lama untuk memenuhi persyaratan operasional, hukum, peraturan, pajak, atau akuntansi PT AXA Insurance.  
*PT AXA Insurance will destroy or anonymize Customer personal data and information from PT AXA Insurance's records and backup systems in accordance with PT AXA Insurance's retention policy unless further storage is required to fulfill a longer retention period of operational, legal, regulatory, tax or accounting requirements of PT AXA Insurance.*
- c. PT AXA Insurance memberikan hak akses untuk mendapatkan salinan, melengkapi dan/atau memperbaharui kesalahan data dan informasi pribadi Nasabah berdasarkan permintaan tertulis dari Nasabah.  
*PT AXA Insurance grants the access to obtain copies, complete and/or update the false Customer personal data and information based on written request from Customer.*
- d. PT AXA Insurance memberikan hak kepada Nasabah untuk menarik kembali persetujuan mengenai pemrosesan data pribadi Nasabah, mengakhiri pemrosesan, menghapus, dan/atau memusnahkan data pribadi Nasabah, serta hak-hak lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku berdasarkan permintaan tertulis dari Nasabah.  
*PT AXA Insurance grants the Customer to withdraw the consent of Customer personal data process, end the process, delete and/or destroy Customer personal data, as well as other rights in accordance with the provisions of the applicable laws and regulations based on written request from Customer.*

**Please note:** You are advised to keep a record of all information supplied in connection with this application, including any letters you send to us in connection with it. If you would like a copy of this application, please let us know within three months. **After completing this application form and signing the Declaration, please return to PT AXA Insurance Indonesia.**

**Mohon diperhatikan:** Anda disarankan untuk menyimpan catatan tentang semua informasi yang diberikan terkait dengan permohonan ini, termasuk setiap surat yang Anda kirimkan kepada kami yang terkait dengan permohonan ini. Apabila Anda ingin mendapatkan Salinan dari permohonan ini, beritahukanlah kepada kami dalam jangka waktu tiga bulan, **Setelah melengkapi formulir permohonan ini dan menandatangani Pernyataan, kembalikanlah formulir permohonan ini kepada PT AXA Insurance Indonesia.**