



Surat Pernyataan Transfer Maestro Elite Care ke Maestro Optima Care Transfer Statement Letter Maestro Elite Care to Maestro Optima Care

Saya yang bertandatangan dibawah ini (*I the undersigned below*):

Nomor Polis (*Policy Number*): _____

Plan Maestro Elite Care saat ini (*Current Plan Maestro Elite Care*): Plan Platinum Plan Gold Plan Silver

Nama Pemegang Polis (*Policy Holder Name*): _____

Nama Tertanggung (*Insured Name*): _____

No. KTP/Identitas Pemegang Polis (*Policy Owner ID Number*): _____

Alamat Korespondensi (*Address Correspondence*)*: _____

Email (*Email*)*: _____

Nomor Telepon (*Phone Number*)*: _____

*) Data Alamat Korespondensi, Email dan Nomor Telepon di atas akan dianggap sebagai data terkini. Data di sistem PT AXA Financial Indonesia akan disesuaikan dengan data di atas.
(*Correspondence Address, Email and Phone Number data will be considered current data. The data in PT AXA Financial Indonesia's system will be adjusted to the data above.*)

Sehubungan dengan pengajuan ini, maka sesuai persyaratan yang ditentukan oleh PT AXA Financial Indonesia, saya wajib menjawab pertanyaan dibawah ini dengan sebenar-benarnya.
(*In connection with this submission, according to the requirements determined by PT AXA Financial Indonesia, I must answer the questions below truthfully.*)

Dengan ini mengajukan Transfer (Conversion) ke Polis Maestro Optima Care dengan plan sebagai berikut:
(*Hereby, I submit a Transfer (Conversion) to the Maestro Optima Care Policy with the following plan:*)

Plan Opal Plan Emerald Plan Ruby Plan Diamond
 Plan Opal Blue Plan Emerald Blue Plan Ruby Blue

Pernyataan Kesehatan (*Medical Statement*)

1. Apakah Tertanggung pernah mendapatkan saran medis, didiagnosa, dirawat atau mendapatkan pengobatan untuk kondisi-kondisi berikut: Tumor Otak, Kanker, Tekanan Darah Tinggi, Diabetes, Hepatitis B, Hepatitis C, Gagal Hati/Sirosis Hati, Stroke, Penyakit Jantung*, Penyakit Ginjal atau Gagal Ginjal, Lupus Eritematosus Sistemik (systemic lupus erythematosus), Multiple Sclerosis, Penyakit Paru Obstruktif Kronis (chronic obstructive pulmonary disease), Nyeri Sendi, kelainan/gangguan pada Tulang Rangka, atau Tulang Belakang?
*) Mengacu pada Serangan Jantung, Gagal Jantung, Penyakit Jantung Koroner, Penyakit Jantung Iskemik, Penyakit Katup Jantung, Aritmia Jantung

PT AXA Financial Indonesia berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

1 dari 3 | POS/010/03/02/2024



Has Insured ever been advised, or been diagnosed, or treated for any of the following conditions: brain tumor, cancer, high blood pressure, diabetes, hepatitis B, hepatitis C, liver failure/liver cirrhosis, stroke, heart disease*, kidney disease or failure, systemic lupus erythematosus, multiple sclerosis, chronic obstructive pulmonary disease, joint pain, skeletal or spinal disorder?

**) Heart disease refers to heart attack, heart failure, coronary artery disease, ischemic heart disease, heart valvular disease, cardiac arrhythmia*

Ya (Yes) Tidak (No)

Jika "Ya", Jelaskan (If "Yes", please explain): _____

2. Apakah Tertanggung sedang memiliki suatu gejala atau kondisi dimana dalam waktu 12 bulan kedepan Tertanggung telah/akan berencana/direncanakan untuk melakukan pembedahan atau perawatan/pengobatan medis berkaitan dengan gejala atau kondisi medis tersebut?

(Has Insured had any ongoing symptoms or conditions for which surgical or medical treatment is planned or will be planned to take place within the next twelve (12) months?)

Ya (Yes) Tidak (No)

Jika "Ya", Jelaskan (If "Yes", please explain): _____

Apabila Anda ingin meningkatkan/upgrade Plan pada saat Transfer, silakan menjawab pertanyaan berikut:
(Please answer the following question if you are upgrade your plan:)

3. Apakah Tertanggung pernah berkonsultasi pada seorang Praktisi Medis, dirawat di Rumah Sakit atau perawatan di rumah, atau menderita penyakit berselang atau berulang dalam 5 (lima) tahun terakhir?

(Has Insured have consulted to any medical paractitioner, been admitted to hospital or a nursing home, or suffered form any intermittent or recurring illness in the last 5 (five) years?)

Ya (Yes) Tidak (No)

Jika "Ya", Jelaskan (If "Yes", please explain): _____

Diagnosa (What is the diagnosis): _____

Nama Rumah Sakit (Hospital Name): _____

Sejak kapan dan lama dirawat (apabila Rawat Inap)
(When did it start & length of stay (inpatient)) _____

Nama dan alamat dokter (jenis spesialisasi)
(Name & Address of Doctor (specific specialization)) _____

Catatan (Note):

1. Perubahan "Transfer (Conversion)" hanya dapat diajukan pada saat Ulang Tahun Polis
("Transfer (Conversion)" can only be submitted at the time of Policy Anniversary).
2. Melampirkan Salinan KTP/Identitas Pemegang Polis *(To attach a copy of the KTP /Policy holder identity).*
3. Melampirkan Ilustrasi Proposal *(To attach a New Proposal)*

PT AXA Financial Indonesia berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

2 dari 3 | POS/010/03/02/2024



Pernyataan dan Kuasa (*Statement and Authority*):

Dengan ini Saya menyatakan dan menyetujui bahwa (*In this Occasion, I declare dan Agree that*):

1. Telah membaca, mengerti dan mengisi semua pertanyaan pada formulir ini dengan jujur, lengkap dan sesuai dengan keadaan sebenarnya.
(*Has been read, understand and fill all the questions on this form with the honesty, complete, and based on true condition.*)
2. Saya membebaskan PT AXA Financial Indonesia dari segala bentuk tanggung jawab atas keluhan, pengaduan, tuntutan dan/atau permintaan ganti rugi dari pihak manapun sebagai akibat dari perubahan dalam Polis saya. PT AXA Financial Indonesia memiliki hak sepenuhnya untuk memutuskan diterima atau ditolaknya perubahan Polis yang saya ajukan. Dalam hal perubahan ditolak maka Polis tetap aktif dengan plan yang dipilih saat ini dan saya tetap berkewajiban untuk melakukan pembayaran premi berkala dan mematuhi ketentuan umum Polis.
(*I release PT AXA Financial Indonesia from any liability for complaints, accusation, requisition and/or request for compensation from any party as a result of a changes of my Policy PT AXA Financial Indonesia have full rights to decide whether accept or reject the proposal of changes Policy. In case the changes is rejected, then the Policy is still active with the currently selected plan and I still have an obligation to make regular premium payments and comply with the general provisions of the policy.*)
3. Informasi mengenai data pribadi yang Saya sampaikan disini adalah data pribadi yang benar dan terupdate. Oleh karenanya, Saya berwenang penuh untuk memberikan izin kepada PT AXA Financial Indonesia untuk menggunakan dan mengungkapkan data pribadi tersebut kepada penyedia layanan pihak ketiga PT AXA Financial Indonesia dalam rangka memberikan pelayanan yang sesuai dengan produk yang telah Saya beli dan mengizinkan PT AXA Financial Indonesia untuk menghubungi serta memberikan informasi mengenai produk dan pelayanan melalui saluran komunikasi yang telah Saya berikan.
(*The information regarding personal data that I convey here is personal data that is correct and up to date. Therefore, I are fully authorized to give permission to PT AXA Financial Indonesia to use and disclose such personal data to PT AXA Financial Indonesia third party service providers in order to provide services that are in accordance with the products that I have purchased and allow PT AXA Financial Indonesia to contact and provide information about the product and service through communication channels that I have provided.*)

_____, _____
Meterai Rp 10,000,
Stamp duty

Pemegang Polis
Policy Holder

Diketahui oleh
Acknowledge by

Tertanggung
Insured

Informasi lebih lanjut dapat menghubungi Customer Care Center AXA Financial Indonesia di nomor 1500 940 dan untuk mengetahui informasi tentang klaim, silahkan menghubungi Layanan Call Center 24 Jam Klaim dan Darurat di nomor 021-29552111.

PT AXA Financial Indonesia berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

3 dari 3 | POS/010/03/02/2024