



**FORMULIR PENGAJUAN PENAMBAHAN RIDER EASY HEALTH/EASY HEALTH SYARIAH DAN/ATAU AXA
CRITICAL CARE/AXA CRITICAL CARE SYARIAH
APPLICATION FORM FOR ADDITION OF RIDER EASY HEALTH/EASY HEALTH SYARIAH AND/OR AXA
CRITICAL CARE/AXA CRITICAL CARE SYARIAH**

Saya yang bertanda-tangan dibawah ini
I the undersigned below

Nomor Polis :
Policy Number

Nama Pemegang Polis/Peserta :
Policy Holder Name

Nama Tertanggung/Peserta yang
Diasuransikan :
Insured Name

No. KTP/Identitas
Pemegang Polis/Peserta :
Policy Holder ID Number

Alamat Koresponden* :
*Address Correspondence **

.....

.....

E-mail* :

Nomor Telepon* :
*Phone Number **

*) Data Alamat Korespondensi, Email, dan Nomor Telepon Anda akan diubah sesuai dengan isi Surat Pernyataan ini
Your Correspondence Address, Email, and Telephone Number data will be changed according to the contents of this Statement Letter

Dengan ini mengajukan penambahan Rider Easy Health/Easy Health Syariah dan/atau AXA Critical Care/AXA Critical Care Syariah dengan plan sebagai berikut:
In this occasion, applying adding Rider Easy Health/Easy Health Syariah and/or AXA Critical Care/AXA Critical Care Syariah on some plan, there are:

Easy Health

- | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Titanium 1 | <input type="checkbox"/> Titanium 2 | <input type="checkbox"/> Titanium 3 | <input type="checkbox"/> Titanium 4 |
| <input type="checkbox"/> Health 1 | <input type="checkbox"/> Health 2 | <input type="checkbox"/> Health 3 | <input type="checkbox"/> Health 4 |
| <input type="checkbox"/> Bronze 1 | <input type="checkbox"/> Bronze 2 | <input type="checkbox"/> Bronze 3 | <input type="checkbox"/> Bronze 4 |

Easy Health Syariah

- | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Health 1 | <input type="checkbox"/> Health 2 | <input type="checkbox"/> Health 3 | <input type="checkbox"/> Health 4 |
| <input type="checkbox"/> Bronze 1 | <input type="checkbox"/> Bronze 2 | <input type="checkbox"/> Bronze 3 | <input type="checkbox"/> Bronze 4 |

AXA Critical Care/AXA Critical Care Syariah

- | | | |
|----------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diamond | <input type="checkbox"/> Ruby | <input type="checkbox"/> Emerald |
|----------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|



	Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan		Jika "Ya" mohon jelaskan dengan lengkap
	Ya	Tidak	
7 Hati, Perut, Usus			
o Apakah Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan pernah/sedang terdiagnosa Penyakit Hepatitis B?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o Apakah Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan pernah/sedang terdiagnosa Penyakit Hepatitis C?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o Apakah Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan pernah/sedang terdiagnosa Sirosis Hati?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o Apakah Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan pernah/sedang terdiagnosa <i>Colitis Ulcerativa</i> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o Apakah Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan pernah/sedang terdiagnosa <i>Polyp Colon</i> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o Apakah Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan pernah/sedang mengalami kondisi dimana tes fungsi hati meningkat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o Apakah Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan sedang/pernah didiagnosa menderita penyakit hati, perut, usus, atau organ pencernaan lainnya selain yang disebutkan di atas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o Jika Ya, sebutkan diagnosanya			
o Kapan terdiagnosa?			
o Obat-obatan apa saja yang diberikan			
o Pengobatan apa saja yang sudah diberikan/dilakukan serta nama rumah sakit dan dokter yang merawat?			
8 Tulang dan Otot			
o Apakah Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan pernah/sedang terdiagnosa Arthritis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o Apakah Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan pernah/sedang terdiagnosa Rheumatoid Arthritis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o Apakah Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan pernah/sedang terdiagnosa Prolaps Ruas Tulang Belakang (<i>Prolapsed Intervertebral Disc</i>), <i>Spondylitis/Spondylosis</i> atau kelainan tulang belakang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o Apakah Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan pernah/sedang didiagnosa menderita Penyakit Tulang Dan Otot selain yang disebutkan diatas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o Jika Ya, sebutkan diagnosanya			
o Kapan terdiagnosa?			
o Obat-obatan apa saja yang diberikan			
o Pengobatan apa saja yang sudah diberikan/dilakukan serta nama rumah sakit dan dokter yang merawat?			
9 Ginekologis			
o Apakah Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan pernah/sedang menderita Myoma (<i>Uterine Fibroids</i>)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o Apakah Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan pernah/sedang menderita Kista Ovarium?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o Apakah terdapat benjolan pada payudara Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o Apakah Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan sedang/pernah didiagnosa menderita Penyakit Ginekologis selain yang disebutkan di atas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o Jika Ya, sebutkan diagnosanya			
o Kapan terdiagnosa?			
o Obat-obatan apa saja yang diberikan			
o Pengobatan apa saja yang sudah diberikan/dilakukan serta nama rumah sakit dan dokter yang merawat?			
10 Darah			
o Apakah Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan pernah/sedang menderita <i>Thalassemia</i> atau <i>Anemia</i> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o Apakah Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan pernah/sedang menderita <i>Leukemia</i> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o Apakah Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan pernah/sedang menderita <i>Haemophilia</i> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o Apakah Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan pernah/sedang menderita HIV atau AIDS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o Apakah Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan sedang/pernah didiagnosa menderita Penyakit Kelainan Darah selain yang disebutkan di atas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o Jika Ya, sebutkan diagnosanya			
o Kapan terdiagnosa?			
o Obat-obatan apa saja yang diberikan			
o Pengobatan apa saja yang sudah diberikan/dilakukan serta nama rumah sakit dan dokter yang merawat?			
11 Darah Tinggi/Hipertensi/Dyslipidemia			
o Apakah Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan pernah/sedang terdiagnosa menderita Darah Tinggi/Hipertensi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o Apakah Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan pernah/sedang terdiagnosa menderita <i>Dyslipidemia</i> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12 Telinga, Hidung, Tenggorokan, Mata			
o Apakah Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan pernah/sedang terdiagnosa penyakit pada Telinga, Hidung, Tenggorokan dan Mata?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o Jika Ya, sebutkan diagnosanya			
o Kapan terdiagnosa?			
o Obat-obatan apa saja yang diberikan			
o Pengobatan apa saja yang sudah diberikan/dilakukan serta nama rumah sakit dan dokter yang merawat?			



	Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan		Jika "Ya" mohon jelaskan dengan lengkap
	Ya	Tidak	
13 Kelainan Bawaan o Apakah Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan pernah/sedang terdiagnosa Penyakit/Kelainan Bawaan? <input type="checkbox"/> Jika Ya, sebutkan diagnosanya <input type="checkbox"/> Kapan terdiagnosa? <input type="checkbox"/> Obat-obatan apa saja yang diberikan <input type="checkbox"/> Pengobatan apa saja yang sudah diberikan/dilakukan serta nama rumah sakit dan dokter yang merawat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

IX c. Sejarah Kesehatan Keluarga

Apakah Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan memiliki **kerabat tingkat pertama** (ayah, ibu, saudara laki-laki, saudara perempuan, anak-anak) atau **keluarga** (paman, bibi, kakek, nenek, keponakan, sepupu) yang menderita/memiliki riwayat Kanker, Diabetes, Hipertensi, Penyakit Jantung, Penyakit Ginjal, Polikistik Ginjal, Gangguan Mental atau Saraf, Stroke sebelum berusia 60 (enam puluh) tahun?

Tidak Ya Jika Ya, silahkan di isi tabel di bawah ini:

Hubungan dengan Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan	Penyakit / Kondisi	Usia pada saat terkena penyakit	Usia pada saat ini	Usia pada saat meninggal	Sebab Meninggal
1. Ayah					
2. Ibu					
3. Anak					
4. Saudara Laki-Laki					
5. Saudara Perempuan					
6. Keluarga Lainnya:					

IX d. Dokter yang Sering Dikonsultasikan

Oleh Calon Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan:

Nama Dokter	Alamat Praktik	Untuk Pengobatan
1.		
2.		
3.		

IX e. Informasi Pemeriksaan Lainnya

Selain dari yang sudah Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan nyatakan kepada kami, apakah Anda menjalani atau sedang menunggu atau telah dianjurkan untuk menjalani tes atau pemeriksaan kesehatan, selain untuk pengajuan asuransi ini?

Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan		Jika "Ya" mohon jelaskan dengan lengkap
Ya	Tidak	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

IX f. Pertanyaan Domisili

Apakah Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan sedang atau berencana tinggal di luar negeri lebih dari dan/atau sama dengan 6 (enam) bulan berturut-turut?

Tidak Ya Jika Ya, mohon sebutkan nama negara tersebut

.....



Catatan Penting :
Important Notes :

1. Melengkapi salinan KTP/Identitas Pemegang Polis/Peserta
Complete a copy of the KTP/Policy Holder Identity as well
2. Penambahan Rider dapat dilakukan mulai dari tahun polis ke-2 (dua) dan rider tersebut akan mulai berlaku pada saat Ulang Tahun Polis
Rider additon is applicable starting from Policy Year 2 (two) and the rider will be effective on Policy Anniversary
3. Melampirkan Proposal
To attach a new proposal

Pernyataan dan Kuasa:
Authority and Statement:

Dengan ini Saya/Kami menyatakan dan menyetujui bahwa :
In this Occasion, I/We declare and 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. Informasi yang Saya/Kami berikan disini sehubungan dengan pengkinian data Saya/Kami adalah benar data pribadi Saya/Kami dan oleh karenanya Saya/Kami berwenang penuh untuk memberikan izin kepada AFI untuk menggunakan dan mengungkapkan data pribadi Saya/Kami (termasuk pengkinian data Saya/Kami selanjutnya kepada penyedia layanan pihak ketiga AFI dalam rangka memberikan pelayanan yang sesuai dengan produk yang telah Saya/Kami beli dan mengizinkan AFI untuk menghubungi Saya/Kami untuk memberikan informasi mengenai produk dan pelayanan melalui saluran komunikasi yang telah Saya/Kami berikan).
Information that I/we give in here has been related to the contact information updated is true based on our privacy data and because of that I/We have an authority will give a permission to AFI using our privacy data (including contact information updated to the 3rd side of AFI in effort give a service based on the product I/we bought dan giving a permission AFI to contacted I/We to giving an information about the service and product by the communication channel that I/We give).

Materai Rp 10.000,-
Stamp duty

Pemegang Polis/Peserta
Policy Holder

Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan
Insured

PT AXA Financial Indonesia berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

PT AXA Financial Indonesia

Customer Care Centre

AXA Tower Lt.18
Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia
e-mail: customer@axa-financial.co.id
Link Live Chat: www.axa.co.id



Head Office

AXA Tower Lt. 17
Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia
Tel: +62 21 5093 6000