



**SURAT PERNYATAAN PEMEGANG POLIS MAESTRO ELITE CARE
STATEMENT LETTER POLICY OWNER MAESTRO ELITE CARE**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

I the undersigned below

Nomor Polis :
 Policy Number
 Nama Pemegang Polis :
 Policy Holder Name
 Nama Tertanggung :
 Insured Name
 No. KTP /Identitas lain berlaku :
 Valid ID Number
 Alamat Koresponden :
 Address Correspondence

 Nomor Telepon :
 Phone Number :

Mohon dapat memberikan tanda () untuk permohonan yang diajukan (dapat memilih lebih dari satu)
 Please give remark () for your applying (you can choose more than one)

Naik Plan / Upgrade Plan

Menyatakan bahwa / Declare that

1. Apakah Tertanggung pernah menjalani perawatan dirumah sakit atau pernah melakukan konsultasi dengan Dokter Spesialis atau Dokter Umum dan atau pernah mengajukan klaim atas kondisi medisnya ke PT AXA Financial Indonesia dan atau Asuransi lainnya dalam 12 bulan terakhir ? Have Insured had treatment in hospital or consulted a Specialist or General Practitioner and or submit claim due to his/her medical condition to PT AXA Financial Indonesia or other insurance company in the last 12 months)?

Ya/ Yes Tidak/ No

Jika Ya, Jelaskan secara detail (termasuk tanggal, bulan dan tahun) :

.....
 If Yes, Please explain in details (include date, month and year)

2. Apakah Tertanggung sedang dalam konsultasi, perawatan medis dan pengobatan, penelusuran diagnosis penyakit untuk gejala atau kondisi yang sedang dialami, dan atau dalam perencanaan untuk melakukan pemeriksaan penunjang (laboratorium, radiologi, dll) yang dirujuk oleh Dokter Spesialis atau Dokter Umum ? Does Insured currently have any consultation, treatment, investigation or test planned or pending (this applies whether it is to be provided by a Specialist or GP)?

Ya/ Yes Tidak/ No

Jika Ya, Jelaskan secara detail (termasuk tanggal, bulan dan tahun) :

.....
 If Yes, Please explain in details (include date, month and year)

Pemulihan / Reinstatement

Menyatakan bahwa / Declare that

1. Apakah Tertanggung pernah menjalani perawatan dirumah sakit atau pernah melakukan konsultasi dengan Dokter Spesialis atau Dokter Umum dan atau pernah mengajukan klaim atas kondisi medisnya ke PT AXA Financial Indonesia dan atau Asuransi lainnya dalam 60 hari terhitung dari tanggal jatuh tempo premi terakhir dari Polis Bapak / Ibu sampai dengan tanggal surat pernyataan ini ditandatangani ? Have Insured had treatment in hospital or consulted a Specialist or General Practitioner and or submit claim due to his/her medical condition to PT AXA Financial Indonesia or other insurance company in the last 60 days, start from last premium due date of your Policy until the date you sign the Statement Letter of Policy Owner ?

Ya/ Yes Tidak/ No

Jika Ya, Jelaskan secara detail (termasuk tanggal, bulan dan tahun) :

.....
 If Yes, Please explain in details (include date, month and year)

Demikian surat pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa paksaan dari siapapun dan agar dipergunakan dengan sebaik-baiknya.

This statement letter is made with conscious and without compulsion from anyone and to be used accordingly.

Materai Rp 10.000,-

Stamp duty

Pemegang Polis
Policy Holder

Tertanggung
Insured