



SURAT PERNYATAAN TRANSFER KE EASY HEALTH TRANSFER STATEMENT LETTER TO EASY HEALTH

Saya yang bertanda-tangan dibawah ini :

I the undersigned below

Nomor Polis

Policy Number

.....

Plan Easy Health saat ini
Current Plan Easy Health

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

Nama Pemegang Polis
Policy Holder Name

.....

Nama Tertanggung
Insured Name

.....

No. KTP/Identitas Pemegang Polis
Policy Owner 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 Transfer(Conversion)ke Polis Easy Health dengan plan sebagai berikut:
In this occasion, applying transfer (Conversion) to Easy Health Policy on some plan, there are:

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

Ketentuan Underwriting:

Migrasi Dari	Easy Health Bronze				Easy Health Existing				Easy Health Titanium			
	Bronze 4	Bronze 3	Bronze 2	Bronze 1	Health 4	Health 3	Health 2	Health 1	Titanium 4	Titanium 3	Titanium 2	Titanium 1
Bronze 4		FUW	FUW	FUW	FUW	FUW	FUW	FUW	FUW	FUW	FUW	FUW
Bronze 3	GIO		FUW	FUW	FUW	FUW	FUW	FUW	FUW	FUW	FUW	FUW
Bronze 2	GIO	GIO		FUW	GIO	GIO	FUW	FUW	FUW	FUW	FUW	FUW
Bronze 1	GIO	GIO	GIO		GIO	GIO	FUW	FUW	FUW	FUW	FUW	FUW
Health 4	GIO	GIO	FUW	FUW		FUW	FUW	FUW	FUW	FUW	FUW	FUW
Health 3	GIO	GIO	FUW	FUW	GIO		FUW	FUW	FUW	FUW	FUW	FUW
Health 2	GIO	GIO	GIO	GIO	GIO	GIO		FUW	FUW	FUW	FUW	FUW
Health 1	GIO	GIO	GIO	GIO	GIO	GIO	GIO		FUW	FUW	FUW	FUW
Titanium 4	GIO	GIO	GIO	GIO	GIO	GIO	FUW	FUW		FUW	FUW	FUW
Titanium 3	GIO	GIO	GIO	GIO	GIO	GIO	GIO	FUW	GIO		FUW	FUW
Titanium 2	GIO	GIO	GIO	GIO	GIO	GIO	GIO	GIO	GIO	GIO		FUW
Titanium 1	GIO	GIO	GIO	GIO	GIO	GIO	GIO	GIO	GIO	GIO	GIO	

1. *Guaranteed insurability Option (GIO)*
2. *Full Underwriting (FUW), proses selanjutnya akan mengisi data SPAJ pada no. IX.a – IX.h dan pemeriksaan medis sesuai ketentuan UW*

PT AXA Financial Indonesia
Customer Care Centre
 AXA Tower Lt. GF
 Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia
 e-mail: customer@axa-financial.co.id

Head Office
 AXA Tower Lt. 17
 Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia





**Pernyataan dan Kuasa:
Authority and Statement:**

(wajib diisi oleh Tertanggung)

Setiap jawaban "Ya" wajib dijelaskan di kolom sebelahnya.

IX a. Informasi tentang kebiasaan	Tertanggung		Jika "YA" mohon jelaskan dengan lengkap
	Ya	Tidak	
<ul style="list-style-type: none"> o Apakah Anda/Tertanggung pernah/sedang mengkonsumsi 1 (satu) atau lebih dari yang disebutkan dibawah ini? <ul style="list-style-type: none"> a. Alkohol <ul style="list-style-type: none"> o Jika Ya, berapa banyak konsumsi per minggu? <ul style="list-style-type: none"> o Bir <input type="checkbox"/> o Anggur/Wine <input type="checkbox"/> o Minuman beralkohol lainnya <input type="checkbox"/> Sebutkan dan berapa banyak? b. Rokok <ul style="list-style-type: none"> o Jika Ya, berapa banyak konsumsi per hari? <ul style="list-style-type: none"> o 0 - 30 batang/hari <input type="checkbox"/> o > 30 batang/hari <input type="checkbox"/> c. Obat-obatan terlarang/Narkotika <ul style="list-style-type: none"> o Jika Ya: <ul style="list-style-type: none"> o Nama obat/zat yang dikonsumsi? o Kapan terakhir menggunakan obat tersebut? o Seberapa sering obat tersebut digunakan? <ul style="list-style-type: none"> o Harian <input type="checkbox"/> o Beberapa kali dalam seminggu <input type="checkbox"/> o Kadang-kadang <input type="checkbox"/> o Sudah tidak menggunakan <input type="checkbox"/> o Apakah Anda/Tertanggung sedang menderita gejala-gejala atau keluhan selama 5 (lima) hari berturut-turut dan belum dikonsultasikan ke dokter? <input type="checkbox"/> o Apakah Anda/Tertanggung pernah disarankan untuk dirawat atau pernah dirawat untuk segala kondisi medis selama 3 (tiga) hari berturut-turut atau lebih? <input type="checkbox"/> o Selain untuk pengajuan asuransi ini, Apakah Anda/Tertanggung pernah melakukan atau pernah disarankan atau pernah mengalami hasil yang tidak normal untuk tes diagnostik/investigasi termasuk tetapi tidak terbatas pada pemeriksaan Fungsi <i>Thyroid</i>, <i>Treadmill Test</i>, <i>Angiography</i>, <i>Echocardiography</i>, <i>Endoscopy</i>, <i>USG</i>, <i>CT Scan</i>, <i>MRI</i>, <i>Biopsy</i>? <input type="checkbox"/> o Apakah Anda/Tertanggung pernah diberi resep atau menerima pengobatan (termasuk obat-obatan yang diminum, inhalasi/dihisap, suntikan) selama lebih dari 7 (tujuh) hari? <input type="checkbox"/> o Apakah Anda/Tertanggung pernah menjalani atau disarankan untuk menjalani atau berencana untuk menjalani suatu prosedur pembedahan? <input type="checkbox"/> o Tinggi badan & berat badan Anda/Tertanggung saat ini? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg 			

IX b. Pertanyaan Riwayat Kesehatan

UNTUK SEMUA JAWABAN "YA" MOHON MENGISI PERTANYAAN LANJUTAN SESUAI DENGAN TOPIK ORGANNYA

	Tertanggung		Jika "YA" mohon jelaskan dengan lengkap
	Ya	Tidak	
1 Kanker, Tumor dan Kista <ul style="list-style-type: none"> o Apakah Anda/Tertanggung pernah/sedang di diagnosa Kanker? <input type="checkbox"/> o Apakah Anda/Tertanggung pernah/sedang di diagnosa Tumor? <input type="checkbox"/> o Apakah Anda/Tertanggung pernah/sedang di diagnosa: <ul style="list-style-type: none"> o Kista? <input type="checkbox"/> o Benjolan? <input type="checkbox"/> 			
2 Ginjal, Kemih dan Prostat <ul style="list-style-type: none"> o Apakah Anda/Tertanggung pernah/sedang menderita Penyakit Ginjal? <input type="checkbox"/> o Apakah Anda/Tertanggung pernah/sedang melakukan Dialisis? <input type="checkbox"/> o Apakah Anda/Tertanggung pernah mengalami atau sedang mengalami Hematuria (adanya darah dalam urine)? <input type="checkbox"/> 			



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



	Tertanggung		Jika "YA" mohon jelaskan dengan lengkap
	Ya	Tidak	
13 Kelainan Bawaan o Apakah Anda/Tertanggung pernah/sedang terdiagnosa Penyakit/ Kelainan Bawaan? □ Jika Ya, sebutkan diagnosanya □ Kapan terdiagnosa? □ Obat-obatan apa saja yang diberikan □ Pengobatan apa saja yang sudah diberikan/dilakukan serta nama rumah sakit dan dokter yang merawat?	□	□	

IX c. Sejarah Kesehatan Keluarga

Apakah Anda/Tertanggung 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	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

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

IX e. Informasi Pemeriksaan Lainnya

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

Tertanggung		Jika "YA" mohon jelaskan dengan lengkap
Ya	Tidak	
□	□	

IX f. Pertanyaan Domisili

o Apakah Anda/Tertanggung 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

.....



IX g. Data kepemilikan Asuransi atas diri tertanggung

Apakah Anda/Tertanggung juga sebagai Tertanggung pada Polis lain di PT AXA Financial Indonesia dan/atau Perusahaan Asuransi Jiwa lain?

Tidak Ya Jika Ya, mohon bisa dijelaskan

Nomor Polis	Nama Perusahaan	Tipe Asuransi	Uang Pertanggungan	Keputusan

IX h. Hobi Tertanggung

	Tertanggung		Jika "YA" mohon jelaskan dengan lengkap
	Ya	Tidak	
Apakah Anda/Tertanggung memiliki hobi atau sewaktu waktu melakukan kegiatan yang berisiko tinggi tersebut di bawah ini: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak			
a. Mendaki gunung/kegiatan mendaki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Menyelam/scuba diving	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Olah raga bermotor (termasuk balap motor/mobil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Terbang layang/terjun payung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Selancar air/perahu layar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. Hobi/kegiatan olah raga berisiko tinggi lainnya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Catatan Penting :

Important Notes :

- Melengkapi salinan KTP/Identitas Pemegang Polis juga
Complete a copy of the KTP/Policyholder Identity as well
- Perubahan "Transfer (Conversion)" hanya berlaku untuk polis yang sudah masuk akhir tahun ke-1 (satu) dan memasuki tahun ke-2 (dua) pada ulang tahun polis.
Transfer changing available if only the policy has been ended on 1st year and on the 2nd policy has been issued.
- 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
Policy Holder

Tertanggung
Insured