



Customer Care Center
 AXA Tower Lt. GF
 Jl. Prof. Dr. Satrio Kav.18, Kuningan City
 Jakarta 12940, Indonesia
 Tel : 1500 733 (24 Jam)
 Email : customer.general@axa-mandiri.co.id
 Website : www.axa-mandiri.co.id

SmartCare Prime (Individu)

Formulir Permohonan

Isilah lembar permohonan ini selengkap mungkin. Jika ada kotak pilihan () harap beri tanda (/). Jika kotak jawaban tidak mencukupi harap dilanjutkan di lembar terpisah. Penutupan belum berlaku sampai diberikannya persetujuan tertulis dari pihak Mandiri AXA General Insurance.

1. Data Tertanggung

*Wajib Diisi Sesuai Ketentuan PMK No.30/ PMK.010/2010 Tentang Prinsip Mengenal Nasabah

Nama Tertanggung* _____

Jenis Kelamin _____

No KTP/SIM/Paspor/Kitas* _____

(copy harap dilampirkan)

Kewarganegaraan* WNI WNA Negara Asal (bagi WNA) _____

Tempat Tanggal Lahir* _____

Alamat (sesuai KTP)* _____

RT _____ RW _____ Kelurahan _____ Kode Pos _____

Kecamatan _____ Kota _____

Alamat Saat ini _____

RT _____ RW _____ Kelurahan _____ Kode Pos _____

Kecamatan _____ Kota _____

Nomor Telepon Darurat*

Nomor Telepon _____

Nomor Fax _____

Email _____

Pekerjaan* PNS Anggota TNI/Polri Karyawan Swasta Wirausaha

Lain-lain Sebutkan _____

Nama Perusahaan _____

Jabatan* _____

Dari mana pembayaran premi bersumber? * Hasil Usaha _____ lainnya (sebutkan) _____

Total Pendapatan Kotor/ Tahun (dalam Rupiah) <100 Juta 100 Juta – 300 Juta >300 Juta

Penerima Manfaat

Hubungan Dengan Tertanggung _____
(wajib diisi jika penerima manfaat bukan tertanggung)

Nomor Rekening untuk Pembayaran Klaim* _____
Bank _____ a/n _____

Apa tujuan berasuransi?

- Perlindungan Terhadap Harta Kekayaan
 Persyaratan Pinjaman
 Lain-lain _____

Apakah Perusahaan memiliki polis lain di PT Mandiri AXA General Insurance? Ya Tidak

Jika 'Ya', mohon disebutkan (isi di kertas terpisah jika kolom tidak mencukupi)

	Nomor Polis	Jenis Pertanggungan
1		
2		
3		
4		
5		

2. Keterangan Rinci dari Anggota Keluarga yang akan Diasuransikan

Nama	Tanggal Lahir (Tgl/Bln/Thn)	Jenis Kelamin	Tinggi	Berat	Ahli Waris
Pasangan					
Anak1					
Anak2					
Anak3					

3. Perincian atas Pertanggungan

1. Jangka Waktu Asuransi Dari Sampai
2. Plan Pilihan Platinum Gold Silver

4. Umum

1. Harap terangkan cacat fisik atau kondisi kesehatan yang buruk dari orang – orang yang akan diasuransikan (Gunakan lembar terpisah, jika diperlukan)

2. Apakah Tertanggung melakukan kegiatan olahraga berbahaya yang dapat Menyebabkan luka badan ?
Jika Ya, berikan keterangan rinci mengenai olahraga yang mereka lakukan

Ya Tidak

3. Pernahkah perusahaan asuransi menolak atau memberlakukan kondisi khusus atau membatalkan atau menolak memperpanjang asuransi KecelakaanPribadi anda?

Ya Tidak

Jika 'YA' , harap beri keterangan lengkap

5. Lain-lain

Apakah Anda tertarik dan bersedia menerima informasi mengenai program promosi atau penawaran menarik lainnya dari PT Mandiri AXA General Insurance baik secara langsung maupun melalui mitranya?

Ya Tidak

6. Pernyataan

- Demikian pernyataan di atas telah saya jawab dengan lengkap dan benar, dan saya sadar bahwa jika ada sesuatu yang saya ketahui dan tidak saya beritahukan atau saya menjawab dengan tidak benar, maka PT Mandiri AXA General Insurance berhak membatalkan pertanggungan atau menolak membayar Uang Pertanggungan.
- Saya memahami bahwa pertanggungan ini berlaku setelah disetujui oleh PT Mandiri AXA General Insurance
- Saya memberikan kuasa, persetujuan dan mengizinkan kepada PT Mandiri AXA General Insurance dalam hal bermaksud menggunakan data-data dan informasi pribadi (antara lain nama, alamat, nomor telepon dan lainnya) yang dicantumkan di dalam formulir ini ataupun sarana lainnya termasuk memberikan informasi pribadi ini kepada pihak-pihak lain yang bekerjasama dengan PT Mandiri AXA General Insurance dan/atau afiliasi, untuk dipergunakan dalam pelaksanaan kegiatan dan/atau pelayanan terkait pertanggungan ini,.
- Salinan/fotokopi dari pernyataan dan kuasa ini mempunyai kekuatan hukum yang sama seperti aslinya.

Nama & Tanda tangan Pemohon

Tanggal

Pemberitahuan Penting

- Asuransi kecelakaan diri yang diberikan adalah sesuai dengan kondisi dan pengecualian dari perusahaan untuk jenis asuransi ini. Spesimen polis dapat diberikan oleh perusahaan bila diminta
- Penutupan tidak akan berlaku sebelum permohonan ini disetujui oleh Perusahaan
- Premi harus dibayar sebelum penutupan berlaku atau dalam tenggang waktu pembayaran premi yang disetujui oleh Perusahaan

Mohon tidak menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong dan pastikan jawaban telah sesuai dengan keadaan sebenarnya.

