



FORMULIR PERMOHONAN PERTANGGUNGAN KECELAKAAN DIRI (Personal Accident)

KOLOM AGEN (diisi oleh Agen)

PIC SALES PT AXA INSURANCE INDONESIA

Nama Agen : _____ Kode Agen : _____ Sales : _____ Kode Sales : _____

No. Telp/Fax : _____ No.Telp/Fax: _____

Pengumpulan data dan informasi pribadi dalam formulir ini bertujuan untuk pemrosesan pertanggungan asuransi dan akan disimpan oleh PT AXA Insurance Indonesia (AXA Insurance) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

DATA PEMEGANG POLIS			
Nama Lengkap Pemegang Polis (Jika Pemegang Polis adalah Perusahaan, silakan diinformasikan nama perusahaannya)			
Nama Alias Pemegang Polis (Jika Ada)			
Tempat dan Tanggal Lahir Pemegang Polis	No. KTP/SIM/Passpor/KIMS : Izin Usaha/Nomor Lisensi :		
Jenis Kelamin Pemegang Polis	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan		
Alamat Lengkap Pemegang Polis (Jika Pemegang Polis adalah Perusahaan, silakan diinformasikan alamatnya) (Alamat Domisili Sekarang)	Nama Jalan :	Kelurahan/Kecamatan:	
*wajib diisi	No. :	RT/RW :	Kota : Kode Pos :
	Telp. Rumah :	Telp. Kantor :	Ext : HP* :
wajib diisi	Alamat Email :	No. Fax :	
Sektor Bisnis Pemegang Polis			
Tempat dan Tanggal Pendirian Pemegang Polis			
NPWP Pemegang Polis *wajib diisi untuk Pemegang Polis dalam bentuk Perusahaan	(bila sudah mempunyai untuk Pemegang Polis Individu)		
Kewarganegaraan Pemegang Polis	<input type="checkbox"/> WNI <input type="checkbox"/> WNA, sebutkan :		
Pekerjaan Pemegang Polis	<input type="checkbox"/> Ibu Rumah Tangga <input type="checkbox"/> Pegawai Swasta <input type="checkbox"/> Pelajar/Mahasiswa <input type="checkbox"/> PNS <input type="checkbox"/> TNI/Polri <input type="checkbox"/> Wiraswasta <input type="checkbox"/> Lainnya		
Penghasilan Perbulan Pemegang Polis	<input type="checkbox"/> < Rp. 10 jt <input type="checkbox"/> > Rp. 10 jt - Rp. 25 jt <input type="checkbox"/> > Rp. 25 jt - Rp. 50 jt <input type="checkbox"/> > Rp. 50 jt - Rp. 100 jt <input type="checkbox"/> > Rp. 100 jt - Rp. 200 jt <input type="checkbox"/> > Rp. 200 jt		
Sumber Penghasilan/Dana Pemegang Polis	<input type="checkbox"/> Gaji Bulanan <input type="checkbox"/> Hasil Usaha <input type="checkbox"/> Komisi <input type="checkbox"/> Lainnya		



Manfaat Perluasan Lain yang Diinginkan	<input type="checkbox"/> Meninggal karena sakit/kematian wajar <input type="checkbox"/> Perluasan karena kerusakan dan perbuatan jahat <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan :
Riwayat Penyakit yang Pernah Diderita	<hr/> <hr/> <hr/>

Yang bertanda tangan dibawah ini :

1. Menyatakan bahwa keterangan tersebut di atas dibuat dengan sejujurnya dan sesuai dengan keadaan sebenarnya menurut pengetahuan saya atau yang seharusnya saya ketahui;
2. Menyadari bahwa keterangan tersebut akan digunakan sebagai dasar dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari polis yang akan diterbitkan, oleh karenanya ketidakbenarannya dapat mengakibatkan batalnya pertanggungan dan ditolaknya setiap klaim oleh Perusahaan Asuransi;
3. Mengerti bahwa pertanggungan yang diminta ini baru berlaku setelah mendapat persetujuan tertulis dari Perusahaan Asuransi.
4. Mengerti bahwa produk asuransi ini bukan merupakan produk Bank dan tidak dijamin oleh Lembaga Penjamin Simpanan (LPS)
5. Menyatakan bahwa telah menerima penjelasan, telah memahami dan mengerti dengan jelas karakteristik produk asuransi termasuk manfaat, risiko, dan biaya serta ketentuan yang tercantum dalam Polis.
6. Dilarang menandatangani Surat Permintaan Penutupan ini dalam keadaan kosong dan pastikan Jawaban telah sesuai dengan keadaan sebenarnya.

Dengan ini Saya/Kami menyetujui bahwa data dan informasi pribadi yang Saya/Kami berikan kepada PT AXA Insurance Indonesia ("AXA Insurance") dapat dikirimkan oleh PT AXA Insurance Indonesia kepada pihak lain yang bekerjasama dengan dan/atau ditunjuk oleh PT AXA Insurance Indonesia, Regulator dan Pihak yang Berwenang dan/atau Asosiasi sehubungan dengan keperluan operasional PT AXA Insurance Indonesia termasuk namun tidak terbatas pada keperluan pertanggungan asuransi Saya/Kami, proses penutupan asuransi, proses reasuransi dan klaim.

Pilih salah satu jawaban dengan tanda centang (✓)

Ya

Tidak

Dengan ini Saya/Kami menyetujui untuk dilakukan pemasaran, penawaran produk dan aktivitas promosi lainnya melalui sarana komunikasi pribadi Saya/Kami termasuk namun tidak terbatas pada email, telepon, SMS dan media komunikasi online lainnya.

Pilih salah satu jawaban dengan tanda centang (✓)

Ya

Tidak

Pernyataan PT AXA Insurance Indonesia

- a. PT AXA Insurance Indonesia berkomitmen untuk menjaga kerahasiaan dan melaksanakan pemrosesan data dan informasi pribadi secara sah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku, sampai dengan batas waktu yang telah ditentukan sesuai dengan kebijakan retensi PT AXA Insurance Indonesia kecuali penyimpanan lebih lanjut diperlukan untuk memenuhi periode retensi yang lebih lama untuk memenuhi persyaratan operasional, hukum, peraturan, pajak, atau akuntansi PT AXA Insurance Indonesia.
- b. PT AXA Insurance Indonesia akan menghancurkan atau menganonimkan data dan informasi pribadi Nasabah dari catatan dan sistem cadangan PT AXA Insurance Indonesia sesuai dengan kebijakan retensi PT AXA Insurance Indonesia kecuali penyimpanan lebih lanjut diperlukan untuk memenuhi periode retensi yang lebih lama untuk memenuhi persyaratan operasional, hukum, peraturan, pajak, atau akuntansi PT AXA Insurance Indonesia.
- c. PT AXA Insurance Indonesia memberikan hak akses untuk mendapatkan salinan, melengkapi dan/atau



- memperbaharui kesalahan data dan informasi pribadi Nasabah berdasarkan permintaan tertulis dari Nasabah.
- d. PT AXA Insurance Indonesia memberikan hak kepada Nasabah untuk menarik kembali persetujuan mengenai pemrosesan data pribadi Nasabah, mengakhiri pemrosesan, menghapus, dan/atau memusnahkan data pribadi Nasabah, serta hak-hak lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku berdasarkan permintaan tertulis dari Nasabah.

Catatan: Polis baru dapat diterbitkan setelah diisi dengan lengkap.
**Formulir ini harus ditandatangani dengan melampirkan fotocopy
KTP/SIM/Passpor/KIMS** maupun identitas diri lainnya dari calon
Tertanggung.

...../.....

Nama Jelas Pemegang Polis & TTD