



redefining / insurance

Customer Care Centre
 AXA Tower Lt. GF
 Jl. Prof. Dr. Satrio Kav.18, Kuningan City
 Jakarta 12940, Indonesia
 Tel : +62 21 3005 9005
 Fax : +62 21 3005 9008
 Email : customer@axa-insurance.co.id

SmartCare Entrepreneur 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 Asuransi AXA.

1. Data Tertanggung

**Wajib diisi sesuai Ketentuan PMK No.30/PMK.010/2010 tentang Prinsip Mengenal Nasabah*

Nama Perusahaan*

Alamat Perusahaan*

RT RW Kel

Kec Kode Pos

Kota

Jenis Usaha Lama Usaha tahun

Nomor Telepon Darurat*

Nomor Telepon

Nomor Faximile

Email

Dokumen Perusahaan	Nomor	Copy dilampirkan?	
		Ya	Tidak
- NPWP*	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Anggaran Dasar*	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Izin Usaha*	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Keterangan Domisili*	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Laporan Keuangan Terakhir*	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nama yang ditunjuk Perusahaan*	<input type="text"/>		
No. KTP / SIM / Paspor / KITAS * (copy harap dilampirkan)	<input type="text"/>		
Kewarganegaraan *	WNI <input type="checkbox"/>	WNA <input type="checkbox"/>	Negara Asal (bagi WNA) <input type="text"/>
Jabatan *	<input type="text"/>		

(X099g 06/13)

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

Penerima Manfaat

Hubungan dengan
(w aajib diisi jika penerima manfaat bukan Perusahaan)

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 Asuransi AXA Indonesia? Ya Tidak

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

	Nomor Polis	Jenis Pertanggung
1		
2		
3		
4		
5		

2. Persons to be insured

1 Harap sediakan daftar nama dari peserta yang akan diasuransikan pada lembaran terpisah dengan disertai data-data dibawah ini (dalam bentuk tabel).

- Nama
- Jenis Kelamin
- Tanggal Lahir
- Pekerjaan
- Domisili Pekerjaan
- Domisili Tempat Tinggal
- Manfaat
 1. Limit Rawat Inap per Ketidakmampuan
 2. Limit Tahunan Rawat Jalan
 3. Limit Tahunan Rawat Jalan Kanker & Haemodialisa
 4. Limit Tahunan Persalinan
 5. Limit Tahunan Gigi
 6. Biaya Pemakaman

3. Pengalaman Klaim

1 Pernahkah sebelumnya perusahaan ini ditanggung oleh perusahaan asuransi kesehatan ?

Ya Tidak

2 Jika jawabannya "Ya" untuk nomor 1, mohon lengkapi tabel dibawah ini. Jika perlu Anda dapat menggunakan lembaran terpisah jika tempat tidak mencukupi

Tahun	Nama Asuransi	Klaim yang Dibayar	Klaim yang Tidak Dibayar	Jenis Kecelakaan atau Penyakit	Nama Peserta

- 3 Apakah ada dari karyawan Anda yang saat ini atau dalam 3 tahun terakhir menderita penyakit jantung, stroke, hipertensi, kanker, ginjal, diabetes, kelainan menurun atau penyakit lainnya yang tidak disebutkan, mohon Anda dapat mengisi tabel dibawah ini

Nama Karyawan	Penyakit yang Diderita/ Ketidakmampuan	Tahun dan Lama Perawatan	Jenis Perawatan	Nama Rumah Sakit/ Dokter selama masa perawatan	Keadaan saat ini

4. Pernyataan

Saya/Kami menyatakan bahwa pernyataan di lembar permohonan asuransi ini dibuat dengan sejujur-jujurnya dan Saya/Kami tidak menyembunyikan satu fakta apapun. Saya/Kami menyatakan bahwa pernyataan di lembar permohonan asuransi ini akan menjadi dasar dan bagian yang tak terpisahkan dari kontrak asuransi

Tanda tangan, nama jelas Pemohon, dan stempel Perusahaan

Tanggal