



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 Executive

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 mewakili Perusahaan*

No. KTP / SIM / Paspor / KITAS *

(copy harap dilampirkan)

Kewarganegaraan * WNI WNA Negara Asal (bagi WNA)

Jabatan *

X100e 08/13 EU)

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

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 Pertanggungan
1		
2		
3		
4		
5		

2. Data Orang / Karyawan Yang Ditunjuk Untuk Mengurus Asuransi

Nama

Alamat Email

Alamat Surat Menyurat

Kota Kode Pos

Nomor Telepon

Hp

3. Pembayaran Klaim Ditransfer ke Rekening* (pilih salah satu)

<input type="checkbox"/> Karyawan/wati yang bersangkutan - rincian data rekening bank harus dilengkapi untuk seluruh karyawan/wati - untuk pasangan/anak data rekening harus sama dengan data rekening karyawan/wati yang bersangkutan - untuk memudahkan pengisian data kami akan kirimkan softcopy tabel datanya	<input type="checkbox"/> Perusahaan Nomor rekening <input type="text"/> Nama Bank (lengkap dengan nama cabang) <input type="text"/> Nama di rekening <input type="text"/>
---	--

4. Orang - orang yang diasuransikan

Harap lengkapi daftar peserta sesuai table terlampir (untuk memudahkan pengisian data, kami akan kirimkan soft copy tabel datanya)

5. Periode Asuransi

Periode Asuransi Dari

6. 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 Tidak Dibayar	Jenis Kecelakaan atau Penyakit	Nama Peserta

3 Apakah ada dari karyawan Anda dan/atau tanggungan mereka pada 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 dan/atau Tanggungan	Penyakit yang Diderita/ Ketidakmampuan	Tahun dan Lama Perawatan	Jenis Perawatan	Nama Rumah Sakit/ Dokter selama masa perawatan	Keadaan saat ini

7. 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

CONTOH

Mintalah soft copy tabel data ini ke AXA atau perantara asuransi
Anda

Daftar Peserta Asuransi Kesehatan SmartCare Executive PT. ABC													
No.	Nama Peserta (Maks. 25 Karakter)	Jenis Kelamin	Status Perkawinan	Okupasi	Tanggal Lahir	Plan Rawat Inap	Plan Rawat Jalan	Plan Gigi (Dasar / Komplek) *	Plan Persalinan	Plan Optik	No. Rekening	Nama Bank (termasuk cabang)	Nama Pemilik Rekening
1	Budi Susanto	M	Married	Manager	1-Jan-68	IP 125	OP 30	D 1000	-	O 300	350479708	Bank BCA cab. Sudirman	Budi Susanto
2	Ida paramida	F	Married	Spouse	5-May-70	IP 125	OP 30	D 1000	M 3000	O 300	350479708	Bank BCA cab. Sudirman	Budi Susanto
3	Setiawan Susanto	M	Single	Child	1-Jan-99	IP 125	OP 30	D 1000	-	O 300	350479708	Bank BCA cab. Sudirman	Budi Susanto
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													

* pilih salah satu