



redefining / insurance

Customer Care Centre

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

Application Form - Individual & Family International Exclusive

Important Notice / Catatan Penting

If you do not fully and faithfully give the facts as you know them or ought to know them, the policy may be invalidated. You must also disclose facts which even you may feel doubtful about whether they are material to disclose.

Jika Anda tidak mengisi secara lengkap dan benar sesuai fakta yang Anda tahu atau seharusnya Anda tahu, maka polis Anda dapat dibatalkan. Anda harus mengungkapkan fakta apapun bahkan jika Anda merasa tidak yakin apakah hal tersebut harus dijelaskan.

Please complete this form using Block Capitals and by ticking the relevant boxes. It is important that you provide the following information so that we can properly assess your application. If, therefore, you do not answer the questions we shall take that failure to answer to mean that you have nothing to disclose. This application must be completed by you or your parent/legal guardian in your/their own handwriting. If you need to make a correction, please initial the change.

Lengkapi formulir ini dengan menggunakan Huruf Besar dan dengan memberikan tanda centang pada kotak-kotak yang sesuai. Penting agar Anda memberikan informasi berikut ini sehingga kami dapat menilai permohonan Anda secara tepat. Apabila Anda tidak menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut, maka kami akan menganggap bahwa Anda tidak memiliki hal-hal untuk diungkapkan. Permohonan ini harus dilengkapi oleh Anda atau orang tua/wali Anda yang sah dengan menggunakan tulisan tangan Anda/mereka sendiri. Apabila Anda ingin melakukan koreksi, berikan paraf pada perubahan tersebut.

1. Personal details of the applicant (please keep us informed of any changes of your address) <i>Rincian data pemohon (berikan informasi kepada kami tentang perubahan alamat Anda)</i>		
Name (as in KTP/Passport) / <i>Nama (sesuai KTP/Paspor)</i>		Sex / <i>Jenis kelamin</i> <input type="checkbox"/> Male / <i>Laki-laki</i> <input type="checkbox"/> Female / <i>Wanita</i>
KTP/Passport No. ¹ / <i>No. KTP/Paspor¹</i>	Date of birth / <i>Tanggal lahir</i>	Nationality / <i>Kebangsaan</i>
Marital Status / <i>Status Perkawinan</i> <input type="checkbox"/> Single / <i>Belum Menikah</i> <input type="checkbox"/> Married / <i>Menikah</i>		
Principal country of residence ² and address / <i>Negara tempat tinggal utama² dan alamatnya</i>		
Home country address if different from principal country or residence / <i>Alamat negara asal jika berbeda dengan negara tempat tinggal utama</i>		
Correspondence address if different from principal country of residence / <i>Alamat surat menyurat jika berbeda dengan negara tempat tinggal utama</i>		
Telephone no. / <i>No. telepon</i> <small>country code area code phone no. kode negara kode area no. telepon</small>	Fax no. / <i>No. faks</i>	Mobile no. / <i>No. telepon genggam</i>
E-mail / <i>Alamat e-mail</i>	Name of company/ employer <i>Nama perusahaan tempat bekerja</i>	
Occupation/ Job Position / <i>Pekerjaan/Jabatan</i>	Job nature / <i>Bidang usaha</i>	

- Please attached a photocopy of KTP or Passport (for proof of identity).
Mohon lampirkan fotokopi KTP atau paspor (untuk bukti identitas)
- The country where you live or intend to live for most of the year being 185 days or more and which will be shown as your address and place of residence in our records.
Negara dimana Anda tinggal atau bermaksud untuk tinggal pada hampir sepanjang tahun, yaitu selama 185 hari atau lebih dan yang akan tercantum sebagai alamat dan tempat tinggal Anda dalam catatan kami.

2. Your choice of plan (The plan selected would be the same for each person covered by this application)

Pilihan plan Anda (Program yang dipilih akan sama untuk setiap orang yang ditanggung dalam permohonan ini)

International Exclusive Plan <input type="checkbox"/> Plan A <input type="checkbox"/> Plan B <input type="checkbox"/> Plan C		Annual deductible / <i>Risiko sendiri tahunan</i> <input type="checkbox"/> USD 5,000 at 25% premium discount / USD 5,000 (<i>diskon premi 25%</i>) <input type="checkbox"/> USD 1,500 at 12.5% premium discount / USD 1,500 (<i>diskon premi 12.5%</i>) <input type="checkbox"/> USD 500 at 5% premium discount / USD 500 (<i>diskon premi 5%</i>)
Zone / Zona : <input type="checkbox"/> Zone 3 / Zona 3 *if you are residing in USA & Hong Kong, please contact us for quote <i>Jika Anda bertempat tinggal di Amerika dan Hong Kong mohon hubungi kami untuk penawaran</i>		Premium payment / <i>Pembayaran premi</i> <input type="checkbox"/> Bank Transfer / <i>Transfer Bank</i> Details of bank transfer payment will be informed further on Cover Note <i>Rincian pembayaran lewat transfer bank akan kami informasikan lebih lanjut di Cover Note</i> <input type="checkbox"/> Credit card / <i>Kartu kredit</i> Please complete the credit card authorization section on page 6 <i>Mohon lengkapi bagian otorisasi kartu kredit pada halaman 6</i> <input type="checkbox"/> Cash / <i>Tunai</i>
Area of cover / <i>Wilayah pertanggungan</i> <input type="checkbox"/> Asia <input type="checkbox"/> Worldwide excluding USA <i>Seluruh dunia, kecuali Amerika Serikat</i> <input type="checkbox"/> Worldwide / <i>Seluruh dunia</i>		
Plan to commence on <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> (<i>dd/mm/yyyy</i>) for one year. No liability will be accepted until this application has been accepted by AXA and the premium is received. The cover will be subject to no change in information as declared by you in this application form and at the time of commencement of the plan. Please declare to us any change in information as soon as it is known to you. Failure to do so may result in claims or benefits being refused or cover withdrawn. <i>Program akan dimulai pada <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> (<i>gg/bh/th</i>) selama satu tahun. Tidak ada pertanggungjawaban yang akan diterima sampai permohonan ini dan premi telah diterima oleh AXA. Pertanggungan akan tunduk pada tidak adanya perubahan informasi sebagaimana dinyatakan oleh Anda dalam formulir permohonan ini dan pada waktu dimulainya program. Segera beritahukan kepada kami apabila terdapat perubahan informasi apapun setelah Anda mengetahui adanya perubahan tersebut. Apabila Anda tidak memberitahukan perubahan tersebut kepada kami, klaim atau manfaat akan ditolak atau pertanggungan akan ditarik.</i>		

3. Medical practitioner(s) most frequently used in the last 5 years

Dokter (Dokter-dokter) yang paling sering dikunjungi selama 5 tahun terakhir

Medical Practitioner(s) Name / <i>Nama Dokter (Dokter-dokter)</i>	
Address / <i>Alamat</i>	
Telephone / <i>No. Telepon</i>	Fax No. / <i>No. Faks</i>
E-mail / <i>Alamat E-mail</i>	

Please continue on Page 5 under 'Additional Information' if required.
Mohon lanjutkan di halaman 5 dibawah 'Informasi Tambahan' apabila dibutuhkan

4. Person to be covered / Orang-orang yang ditanggung

Is the applicant one of the persons to be covered?
Apakah pemohon termasuk salah satu orang yang ditanggung? Yes / *Ya* No / *Tidak*

Additional family members to be covered [^] / <i>Anggota keluarga tambahan yang akan ditanggung[^]</i>			
1	Name (as in KTP/Passport) / <i>Nama (sesuai KTP/Paspor)</i>		Nationality/ <i>Kebangsaan</i>
	Relationship to the applicant <i>Hubungan dengan pemohon</i>	Sex / <i>Jenis kelamin</i>	Date of birth/ <i>Tanggal lahir</i> <i>dd/mm/yyyy gg/bh/tahun</i>
	Principal country of residence ² / <i>Negara tempat tinggal utama²</i>		
	Occupation/Job Position / <i>Pekerjaan/Jabatan</i>		Job Nature / <i>Bidang Usaha</i>
2	Name (as in KTP/Passport) / <i>Nama (sesuai KTP/Paspor)</i>		Nationality / <i>Kebangsaan</i>
	Relationship to the applicant <i>Hubungan dengan pemohon</i>	Sex / <i>Jenis kelamin</i>	Date of Birth / <i>Tanggal lahir</i> <i>dd/mm/yyyy gg/bh/tahun</i>
	Principal country of residence ² / <i>Negara tempat tinggal utama²</i>		
	Occupation/job position / <i>Pekerjaan/jabatan</i>		Job Nature / <i>Bidang Usaha</i>

3	Name (as in KTP/Passport) / Nama (sesuai KTP/Paspor)			Nationality / Kebangsaan
	Relationship to the applicant Hubungan dengan pemohon	Sex / Jenis kelamin	Date of birth / Tanggal lahir dd/mm/yyyy tgl/bh/tahun	KTP/Passport No. / No. KTP/Paspor
	Principal country of residence ² / Negara tempat tinggal utama ²			
	Occupation/job position / Pekerjaan/jabatan:		Job Nature / Bidang Usaha	
4	Name (as in KTP/Passport) / Nama (sesuai KTP/Paspor)			Nationality / Kebangsaan
	Relationship to the applicant Hubungan dengan pemohon	Sex / Jenis kelamin	Date of Birth / Tanggal Lahir dd/mm/yyyy tgl/bh/tahun	KTP/Passport No. / No. KTP/Paspor
	Principal country of residence ² / Negara tempat tinggal utama ²			
	Occupation/job position / Pekerjaan/jabatan		Job Nature / Bidang Usaha	

2 The country where you live or intend to live for most of the year being 185 days or more and which will be shown as your address and place of residence in our records.

Negara dimana Anda tinggal atau bermaksud untuk tinggal pada hampir sepanjang tahun, yaitu selama 185 hari atau lebih dan yang akan tercantum sebagai alamat dan tempat tinggal Anda dalam catatan kami.

^A Additional family members to be covered under the same application must be living with you. If you want to cover family members not living with you, please use separate application form.

Anggota keluarga tambahan yang akan ditanggung dalam permohonan yang sama harus tinggal bersama Anda. Jika Anda ingin menanggung anggota keluarga yang tidak tinggal bersama Anda, mohon gunakan formulir permohonan lain.

5. Existing or any previous health insurance

Perusahaan asuransi yang menjamin Anda saat ini atau sebelumnya

Does any of the person to be insured have a current health cover or previously had a health cover with any insurer, including AXA?
Apakah orang yang akan ditanggung saat ini atau sebelumnya pernah memiliki pertanggungan kesehatan dengan perusahaan asuransi manapun, termasuk AXA?

Yes / Ya No / Tidak

Has any person to be insured ever been rejected, postponed, accepted at special terms for life or health application by an insurance company, or its renewal been refused?

Apakah orang yang akan ditanggung memiliki permohonan asuransi jiwa atau kesehatan yang pernah ditolak, ditunda, diterima dengan syarat-syarat khusus oleh perusahaan asuransi atau perpanjangannya pernah ditolak

Yes / Ya No / Tidak

If answer to any of the above question is 'Yes' please provide details below (including name of the insurance company, scheme/plan name, period of insurance and membership number, if available)

Apabila ada jawaban untuk salah satu pertanyaan diatas adalah 'Ya' mohon berikan rincian dibawah ini (termasuk nama perusahaan asuransi, nama skema/plan, jangka waktu asuransi dan nomor keanggotaan, apabila tersedia)

6. Confidential medical history (Declarations must be made in writing on this application. Verbal declarations WILL NOT be accepted)

RIWAYAT MEDIS YANG BERSIFAT RAHASIA (Pernyataan-pernyataan harus dibuat secara tertulis pada permohonan ini. Pernyataan-pernyataan secara lisan TIDAK AKAN diterima)

Please Note Mohon Diperhatikan:

(i) NO LIABILITY WILL BE ACCEPTED FOR ANY MEDICAL CONDITIONS WHICH ORIGINATED BEFORE THE DATE OF ENROLMENT OR WHICH WAS FORESEEABLE AT THE TIME OF APPLICATION unless such medical condition has been declared to and accepted by AXA in writing. **TIDAK ADA PERTANGGUNGJAWABAN YANG AKAN DITERIMA UNTUK SETIAP KONDISI MEDIS YANG BERMULA SEBELUM TANGGAL PENDAFTARAN ATAU YANG TELAH DAPAT DIPERKRAKAN PADA SAAT PERMOHONAN DLAJUKAN kecuali apabila kondisi medis tersebut telah dinyatakan kepada dan diterima oleh AXA secara tertulis.**

(ii) Failure to notify AXA of a medical condition may result in claims for benefit being refused or cover withdrawn. If you are in any doubt you should disclose the medical condition. Please ensure that you fully disclose any known or suspected conditions and symptoms experienced by anybody included in this application. This applies even if professional advice has not yet been sought. Typical examples are varicose veins, allergies, backache, foot disorders e.g. bunions, piles, gynaecological problems (including any irregularities of menstruation), complications of pregnancy, digestive irregularities, skin problems, trouble with heart, limbs, eyes, nerves, any ear, nose or throat problems or any pains, swellings, lumps or fever.

Kelajuan untuk memberitahukan kepada AXA tentang suatu kondisi medis dapat menyebabkan klaim atas manfaat ditolak dan pertanggungan ditarik. Apabila Anda merasa ragu-ragu, sebaiknya Anda mengungkapkan kondisi medis. Pastikan bahwa Anda mengungkapkan secara lengkap setiap kondisi dan gejala yang diketahui atau diduga yang dialami oleh setiap orang yang tercakup dalam permohonan ini. Hal ini berlaku bahkan apabila nasihat profesional belum diupayakan. Contoh-contoh khusus adalah varises, alergi, sakit punggung, kelainan pada kaki misalnya, pembengkakan ibu jari, ambeien/wasir, masalah-masalah ginekologi (termasuk ketidakaturan menstruasi), komplikasi kehamilan, gangguan pencernaan, masalah-masalah kulit, masalah dengan jantung, anggota tubuh, mata, urat-urat saraf, telinga, masalah-masalah hidung atau tenggorokan atau rasa nyeri, pembengkakan, benjolan atau demam.

Part A / Bagian A

You must declare your medical history even if you have been insured with us or anyone else before

Anda harus menyatakan riwayat medis Anda bahkan apabila Anda telah diasuransikan oleh kami atau siapa pun sebelumnya

Please consider the following six questions as they apply to each of the people named. Answer each question by clearly ticking one of the corresponding Yes/No boxes. <i>Pertimbangkan keenam pertanyaan di bawah ini sebagaimana pertanyaan-pertanyaan tersebut berlaku untuk setiap orang yang disebutkan. Jawablah setiap pertanyaan dengan memberikan tanda centang yang jelas pada salah satu kotak Ya/Tidak yang sesuai</i>	Applicant Pemohon	1 st family member <i>Anggota keluarga pertama</i>	2 nd family member <i>Anggota keluarga kedua</i>	3 rd family member <i>Anggota keluarga ketiga</i>	4 th family member <i>Anggota keluarga keempat</i>	
	Name / Nama	Name / Nama	Name / Nama	Name / Nama	Name / Nama	
1. Has any in-patient stay in a hospital or nursing home taken place within the last five years? <i>Apakah pernah menjalani perawatan rawat inap di rumah sakit atau panti perawatan selama lima tahun terakhir?</i>	Yes Ya <input type="checkbox"/>	No Tidak <input type="checkbox"/>	Yes Ya <input type="checkbox"/>	No Tidak <input type="checkbox"/>	Yes Ya <input type="checkbox"/>	No Tidak <input type="checkbox"/>
2. Has any specialist/medical practitioner been consulted within the last five years? <i>Apakah pernah berkonsultasi dengan dokter spesialis/ umum selama lima tahun terakhir?</i>	Yes Ya <input type="checkbox"/>	No Tidak <input type="checkbox"/>	Yes Ya <input type="checkbox"/>	No Tidak <input type="checkbox"/>	Yes Ya <input type="checkbox"/>	No Tidak <input type="checkbox"/>
3. Have you experienced any symptoms but not consulted a medical practitioner in the last five years? <i>Apakah Anda pernah mengalami gejala-gejala apa pun tetapi belum dikonsultasikan dengan seorang dokter selama lima tahun terakhir?</i>	Yes Ya <input type="checkbox"/>	No Tidak <input type="checkbox"/>	Yes Ya <input type="checkbox"/>	No Tidak <input type="checkbox"/>	Yes Ya <input type="checkbox"/>	No Tidak <input type="checkbox"/>
4. Has any medical practitioner been consulted and/or provided prescriptions for any drugs or medication within the last two years? <i>Apakah Anda pernah berkonsultasi dengan seorang dokter dan/atau mendapatkan resep untuk obat-obatan atau pengobatan apa pun selama dua tahun terakhir?</i>	Yes Ya <input type="checkbox"/>	No Tidak <input type="checkbox"/>	Yes Ya <input type="checkbox"/>	No Tidak <input type="checkbox"/>	Yes Ya <input type="checkbox"/>	No Tidak <input type="checkbox"/>
5. Does any chronic/long-term medical or dental conditions exist or has there been any other known disability, abnormality or recurrent illness or injury during the last five years? <i>Apakah terdapat kondisi medis atau gigi yang kronis/terlalu lama atau apakah terdapat kecacatan, kelainan atau penyakit atau cedera kambuhan lainnya yang telah diketahui selama lima tahun terakhir?</i>	Yes Ya <input type="checkbox"/>	No Tidak <input type="checkbox"/>	Yes Ya <input type="checkbox"/>	No Tidak <input type="checkbox"/>	Yes Ya <input type="checkbox"/>	No Tidak <input type="checkbox"/>

6. Is there any known or foreseeable need to consult any doctor or other health professional? <i>Apakah terdapat kebutuhan yang telah diketahui atau dapat diperkirakan sebelumnya untuk berkonsultasi dengan dokter mana pun atau ahli kesehatan lainnya?</i>	Yes <i>Ya</i>	No <i>Tidak</i>	Yes <i>Ya</i>	No <i>Tidak</i>	Yes <i>Ya</i>	No <i>Tidak</i>	Yes <i>Ya</i>	No <i>Tidak</i>	Yes <i>Ya</i>	No <i>Tidak</i>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

If there is any major condition falling outside the five years period mentioned above that we should know about, in good faith you must declare it.

Apabila terdapat kondisi penting apa pun yang terjadi di luar jangka waktu lima tahun yang disebutkan di atas yang perlu kami ketahui, Anda harus menyatakan hal tersebut dengan itikad baik.

Part B* (Please use block capitals throughout) / Bagian B* (Gunakan huruf besar di semua kolom)

1	2	3	4		5	6	7
Name of patient <i>Nama pasien</i>	Relevant section of Part A <i>Kolom yang sesuai dengan Bagian A</i>	Nature of illness/ disability and treatment received <i>Penyebab sakit/ ketidakmampuan dan perawatan yang diterima</i>	When did it start? <i>Kapan mulai muncul?</i>		How long did it last? <i>Berapa lama berlangsung?</i>	Need for any further treatment or consultation? <i>Perlu perawatan atau konsultasi lanjutan?</i>	Present state of health in this respect <i>Keadaan kesehatan saat ini?</i>
			Month <i>Bulan</i>	Year <i>Tahun</i>			

* This part applies if you have indicated 'Yes' replies in Part A. Please disclose all medical conditions (or undiagnosed symptoms) to which these replies are intended to apply. Use column 3 to list them separately and give the further detailed information required by column 4 to 6. If insufficient space, please list on this page under 'Additional Information'.

Bagian ini berlaku apabila Anda memberikan jawaban 'Ya' pada Bagian A. Ungkapkan semua kondisi medis Anda (atau gejala-gejala yang belum didiagnosis) yang menjadi maksud dari jawaban-jawaban tersebut. Gunakan kolom 3 untuk membuat daftar kondisi-kondisi tersebut secara terpisah dan berikan rincian informasi lebih lanjut yang diminta dalam kolom 4 sampai dengan kolom 6. Apabila tidak terdapat cukup ruang, buatlah daftar pada halaman ini di bawah judul 'Informasi Tambahan'.

Additional Information / Informasi Tambahan

6. Credit card authorization / Otorisasi kartu kredit

I wish to pay the premium of / Saya akan membayar premi sebesar

USD

Visa MasterCard Diners Amex

Card No.
No. kartu - - -

Expiry date / Tanggal :

mm/ bln	yy/ thn
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Cardholder's name
Nama pemegang kartu

Cardholder's signature
Tandatangan pemegang kartu

X

Date
Tanggal

X

7. Your signature and declaration / Tanda tangan dan pernyataan Anda

I/We hereby declare that the essential information on major features of the product have been satisfactorily explained to me/us.
Dengan ini saya/ kami menyatakan bahwa informasi penting tentang fitur-fitur utama dari produk, telah dijelaskan kepada saya/ kami secara memuaskan.

I/We hereby declare that the above answers and statements are true, and that I/we withheld no information whatever regarding this application. I/We agree that this declaration and answers given above, as well as any application or declaration or statement made in writing by me/ourselves or anyone acting on my/our behalf shall form the basis of the contract between me/ourselves with **PT. Asuransi AXA Indonesia**. I/We further declare and agree that in the event that this declaration shall contain any misstatement, misrepresentation, suppression and/or fraud, the issuance of the policy shall not be or deemed to be a waiver of such misstatement, misrepresentation, suppression and/or fraud.

Dengan ini saya/ kami menyatakan bahwa jawaban-jawaban dan pernyataan-pernyataan di atas adalah benar, dan bahwa saya/ kami tidak menahan informasi apa pun terkait dengan permohonan ini. Saya/ Kami menyetujui bahwa Pernyataan ini dan jawaban-jawaban yang diberikan di atas, serta setiap permohonan atau pernyataan yang dibuat secara tertulis oleh saya/ kami sendiri atau setiap orang yang bertindak atas nama saya/ kami adalah dasar kontrak antara saya/ kami sendiri dengan **PT Asuransi AXA Indonesia**. Selanjutnya saya/ kami menyatakan dan menyetujui bahwa apabila pernyataan ini memuat pernyataan yang salah, penyajian yang salah, hal-hal yang disembunyikan, dan/ atau kecurangan, penerbitan polis ini tidak merupakan atau tidak akan dianggap sebagai pengesampingan pernyataan yang salah, penyajian yang salah, hal-hal yang disembunyikan, dan/ atau kecurangan tersebut.

I/We further acknowledge that I/We fully understand all the terms and the answers provided are the actual information disclosed by me/us to the person filling the form on my/our behalf. I/We agree that the acceptance of my/our application shall be on the basis of these statements. I/We agree that AXA may contact my/our medical practitioner (s) for further details of my/our medical history and authorize such practitioner(s) to release any information AXA may require.

Selanjutnya saya/ kami mengakui bahwa saya/ kami memahami sepenuhnya semua syarat dan jawaban-jawaban yang diberikan adalah informasi yang nyata yang diungkapkan oleh saya/ kami kepada orang yang mengisi formulir ini atas nama saya/ kami. Saya/ Kami menyetujui bahwa permohonan saya/ kami ini akan diterima atas dasar pernyataan-pernyataan ini. Saya/ Kami menyetujui bahwa AXA dapat menghubungi dokter-(dokter) saya/ kami untuk memperoleh rincian lebih lanjut tentang riwayat medis saya/ kami dan saya/ kami memberikan kuasa kepada dokter-(dokter) tersebut untuk mengeluarkan informasi apa pun yang mungkin diharuskan oleh AXA.

I/We shall read the International Exclusive Membership Agreement when received and that I/we hereby agree to be bound by it. In the event of any dispute, I/We agree to follow the **Settlement of Dispute clause as stipulated in the Policy**.

Saya/ Kami akan membaca Perjanjian Keanggotaan International Exclusive setelah kami menerimanya dan bahwa dengan ini saya/ kami setuju untuk mengikatkan diri dengan Perjanjian Keanggotaan tersebut. Apabila terjadi sengketa apa pun, saya/ kami setuju untuk mengikuti **Klausula Penyelesaian Sengketa** seperti yang tertera dalam polis.

Signature
Tanda tangan

X

Print name
Nama jelas

X

Date
Tanggal

X

Please note: You are advised to keep a record of all information supplied in connection with this application, including any letters you send to us in connection with it. If you would like a copy of this application please let us know within three months. **After completing this application form and signing the Declaration, please return to PT. Asuransi AXA Indonesia.**

Mohon diperhatikan: Anda disarankan untuk menyimpan catatan tentang semua informasi yang diberikan terkait dengan permohonan ini, termasuk setiap surat yang Anda kirimkan kepada kami yang terkait dengan permohonan ini. Apabila Anda ingin mendapatkan salinan dari permohonan ini, beritabukanlah kepada kami dalam jangka waktu tiga bulan. **Setelah melengkapi formulir permohonan ini dan menandatangani Pernyataan, kembalikanlah formulir permohonan ini kepada PT Asuransi AXA Indonesia.**