



**Customer Care Centre**  
 AXA Tower Lt. GF  
 Jl. Prof. Dr. Satrio Kav.18, Kuningan City  
 Jakarta 12940, Indonesia  
 Tel : 1500 733  
 Fax : +62 21 3005 9008  
 Email : customer@axa-insurance.co.id

# SmartCare Prime Proposal Form

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

## 1. Data Tertanggung

*\*Wajib diisi sesuai dengan ketentuan PMK No.30/PMK.010/2010 tentang Prinsip Mengenal Nasabah*

Nama Tertanggung\*

Jenis Kelamin\*  Laki-laki  Perempuan

No KTP / SIM / Paspor / KITAS\*   
 (copy harap dilampirkan)

Kewarganegaraan \* WNI  WNA  Negara Asal (bagi WNA)

Tempat / Tanggal lahir \*  /  -  -

Alamat (sesuai KTP)\*

RT  RW  Kel

Kec  Kode Pos

Kota

Alamat saat ini \*

RT  RW  Kel

Kec  Kode Pos

Kota

**Nomor Telepon Darurat\***

Nomor Telepon Genggam

Nomor Telepon Rumah

Nomor Telepon Kantor  Extension

Email

Pekerjaan\*  PNS  Anggota TNI/POLRI  Karyawan Swasta  Wirausaha  
 Lain2 Sebutkan

Nama Perusahaan/Instansi

Jabatan \*

X1011 10/14

Dari mana pembayaran premi bersumber? \*

Gaji  Hasil Usaha

Lainnya

Total Pendapatan Kotor / Tahun (dalam Rupiah) \*

< 100 jt  100jt - 300jt  > 300 jt

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 Anda memiliki polis lain di perusahaan kami?

Ya  Tidak

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

	Nomor Polis	Jenis Pertanggung
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						
Anak 1						
Anak 2						
Anak 3						

## 3. Perincian atas Pertanggung

1 Jangka waktu asuransi Dari  Sampai   
(Tgl/Bln/Thn) (Tgl/Bln/Thn)

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 Kecelakaan Pribadi anda?  
Jika 'YA' , harap beri keterangan lengkap

Ya  Tidak


#### 5. Lain-lain

Apakah Anda tertarik dan bersedia menerima informasi mengenai program promosi atau penawaran menarik lainnya dari PT. Asuransi AXA Indonesia 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 Asuransi AXA Indonesia berhak membatalkan pertanggungan atau menolak membayar Uang Pertanggungan.
- Saya memahami bahwa pertanggungan ini berlaku setelah disetujui oleh PT Asuransi AXA Indonesia
- Saya memberikan kuasa, persetujuan dan mengizinkan kepada PT Asuransi AXA Indonesia 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 Asuransi AXA Indonesia 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 & Tandatangani 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.**