



Nomor Polis:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Surat Pernyataan dan Kuasa Untuk Mendapatkan Hasil Rekam Medis

INFORMASI PENTING

Siapa yang bisa mengisi Surat Pernyataan ini?

Surat Pernyataan dan kuasa ini harus diisi oleh Pemilik Hasil Medis (*Pemegang Polis (Peserta), Tertanggung (Peserta yang diasuransikan), lainnya sebutkan _____) (*coret yang tidak perlu)

Informasi apa saja yang diperlukan untuk melengkapi formulir ini?

Rincian data sesuai dengan jenis perubahan yang diinginkan oleh nasabah

Cara mudah pengajuan Surat Pernyataan dan Kuasa untuk mendapatkan hasil rekam medis



Baca dengan seksama



Isi dengan lengkap dan lampirkan copy Identitas Diri (KTP/SIM/Paspor/KITAS)



Kirim ke AXA atau melalui Agen Anda

1. Informasi Data Polis

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Pemilik Hasil Rekam Medis :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nomor Identitas :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Pernyataan dan Kuasa

Dengan ini Saya/Kami, menyatakan dan menyetujui bahwa:

1. Saya/Kami tidak memberikan informasi kepada Agen PT AXA Financial Indonesia ("Agen") selain dari informasi yang tertulis dalam Surat Permintaan dan Agen tidak memberikan informasi, pernyataan atau mengatakan kepada Saya/Kami keadaan apapun yang bertentangan dengan ketentuan yang tercantum dalam Polis standar PT AXA Financial Indonesia ("AXA").
2. Dokter yang pernah dan akan memeriksa Saya/Kami, diperkenankan melakukan pemeriksaan medis yang diperlukan seperti autopsi dan pemeriksaan lainnya, terhadap saya/kami selaku Pemegang Polis (Peserta)/Tertanggung (Peserta yang diasuransikan) bila terdapat hal-hal yang kurang wajar dalam hal kematian Tertanggung (Peserta yang diasuransikan)/Pemegang Polis (Peserta) di kemudian hari (apabila diperlukan).

Saya/Kami memberikan kuasa kepada AXA untuk meminta keterangan mengenai data saya/Kami kepada pihak terkait seperti dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, perusahaan asuransi, badan hukum, perorangan atau organisasi lainnya yang mempunyai keterangan tentang kebiasaan, pekerjaan dan rekam medis diri saya/Kami. Sehubungan dengan hal ini, Saya/Kami memberikan persetujuan kepada pihak terkait tersebut untuk memberikan keterangan yang diperlukan AXA.

Dengan mengesampingkan pasal 1813, 1814 dan pasal 1816 KUH Pedata maka pemberian kuasa ini tidak dapat dicabut/dibatalkan dan tetap berlaku meskipun saya/Kami meninggal dunia. Fax atau copy dari pemberian kuasa ini mempunyai kekuatan hukum yang sama kuat dan sah sebagaimana aslinya.

Ditanda tangani di :

--

 Tanggal :

--

Yang Memberikan Pernyataan,

Materai Rp, 6.000,-

(.....)

Tanda Tangan dan Nama Lengkap Pemilik Hasil Medis

PT AXA Financial Indonesia

Customer Care Centre

AXA Tower Lt. GF
Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia
e-mail: customer@axa-financial.co.id



Head Office

AXA Tower Lt. 17
Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia
Tel: +62 21 3005 8000

www.axa.co.id AXA Indonesia axaindonesia

Surat Pernyataan dan Kuasa Untuk Mendapatkan Hasil Rekam Medis

Wajib diisi oleh Agen AXA Financial Indonesia yang membantu :

Kode Agen : _____

Nama Agen : _____

Nama Group : _____

No. Telepon Agen : _____