



**SURAT PERNYATAAN TRANSFER KE MAESTRO OPTIMA CARE  
TRANSFER STATEMENT LETTER TO MAESTRO OPTIMA CARE**

Saya yang bertanda-tangan dibawah ini :

*I the undersigned below*

Nomor Polis : .....

*Policy Number*

Nama Pemegang Polis : .....

*Policy Holder Name*

Nama Tertanggung : .....

*Insured Name*

No. KTP/Identitas Pemegang Polis : .....

*Policy Owner ID Number*

Alamat Koresponden : .....

*Address Correspondence*

.....

.....

.....

Nomor Telepon : .....

*Phone Number*

Dengan ini mengajukan Transfer (Conversion) ke Polis Maestro Optima Care dengan plan sebagai berikut :

*In this occasion, applying transfer (Conversion) to Maestro Optima Care Policy on some plan, there are :*

- Plan Opal       Plan Emerald  
 Plan Ruby       Plan Diamond

**Pertanyaan Kesehatan / Medical Statement**

1. Apakah Tertanggung pernah mendapatkan saran medis, didiagnosa, dirawat atau mendapatkan pengobatan untuk kondisi-kondisi berikut: Tumor Otak, Kanker, Tekanan Darah Tinggi, Diabetes, Hepatitis B, Hepatitis C, Gagal Hati/Sirosis Hati, Stroke, Penyakit Jantung\*, Penyakit Ginjal atau Gagal Ginjal, Lupus Eritematosus Sistemik (systemic lupus erythematous), Multiple Sclerosis, Penyakit Paru Obstruktif Kronis (chronic obstructive pulmonary disease), Nyeri Sendi, Kelainan/gangguan pada Otot, Tulang Rangka, atau Tulang Belakang, Osteoporosis?

\*mengacu pada Serangan Jantung, Gagal Jantung, Penyakit Jantung Koroner, Penyakit Jantung Iskemik, Penyakit Katup Jantung, Aritmia Jantung

*Has any person to be insured ever been advised, or been diagnosed, or treated for any of the following conditions: brain tumor, cancer, high blood pressure, diabetes, hepatitis B, hepatitis C, liver failure/liver cirrhosis, stroke, heart disease\*, kidney disease or failure, systemic lupus erythematous, multiple sclerosis, chronic obstructive pulmonary disease, joint pain, muscular, skeletal or spinal disorder, osteoporosis?*

*\*Heart disease refers to heart attack, heart failure, coronary artery disease, ischemic heart disease, heart valvular disease, cardiac arrhythmia.*

Ya/Yes       Tidak/No

Jika Ya, Jelaskan : .....

*If Yes, Please explain* .....

.....

2. Apakah Tertanggung sedang memiliki suatu gejala atau kondisi dimana dalam waktu 12 bulan kedepan Anda telah/akan berencana/direncanakan untuk melakukan pembedahan atau perawatan/pengobatan medis berkaitan dengan gejala atau kondisi medis tersebut?

*Has any person to be insured had any ongoing symptoms or conditions for which surgical or medical treatment is planned or will be planned to take place within the next twelve (12) months?*

Ya/Yes       Tidak/No

Jika Ya, Jelaskan : .....

*If Yes, Please explain* .....

.....

**PT AXA Financial Indonesia**

AXA Tower Lt. 17, Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia  
Tel: +62 21 3005 8000 | Fax: +62 21 3005 8008 | Website: www.axa.co.id

**Customer Care Centre**

AXA Tower Lt. GF, Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia  
Tel: +62 21 3005 9999 | Fax: +62 21 3005 8009 | Email: [customer@axa-financial.co.id](mailto:customer@axa-financial.co.id)

Apabila Anda ingin meningkatkan/upgrade Plan pada saat Transfer, silakan menjawab pertanyaan berikut:  
Please answer the following question if you are increasing your plan (Upgrade):

3. Apakah Tertanggung pernah berkonsultasi pada seorang Praktisi Medis, dirawat di Rumah Sakit atau perawatan di rumah, atau menderita penyakit berselang atau berulang dalam 5 (lima) tahun terakhir?

Ya/Yes  Tidak/No Jika Ya, mohon jelaskan:

- Diagnosa.....
- Nama Rumah Sakit .....
- Sejak kapan dan lama dirawat (apabila Rawat Inap) .....
- Nama dan alamat dokter (jenis spesialisasi) .....

Has any person to be insured consulted a medical practitioner, been admitted to hospital or a nursing home, or suffered from an intermittent or recurring illness in the last five years?

If Yes/No, please give details here :

- What is the diagnosis? : .....
- Name of hospital: .....
- What did it start & length of stay (inpatient) : .....
- Name & Address of Doctor (specific specialization): .....

**Catatan Penting :**

**Important Notes :**

1. Perubahan "Transfer (Conversion)" hanya berlaku untuk polis yang sudah masuk akhir tahun ke-2 (dua) dan memasuki tahun ke-3 (tiga) pada ulang tahun polis.  
*Transfer changing available if only the policy has been ended on 2<sup>nd</sup> years and on the 3<sup>rd</sup> policy has been issued.*
2. Melampirkan Proposal  
*Attach the proposal*

**Pernyataan dan Kuasa**

**Authority and Statement :**

Dengan ini Saya/Kami menyatakan dan menyetujui bahwa :

In this Occasion, I/We declare and Agree that :

1. Telah membaca, mengerti dan mengisi semua pertanyaan pada formulir ini dengan jujur, lengkap dan sesuai dengan keadaan sebenarnya.

*Has been read, understand and fill all the questions on this form with the honesty, complete, and based on true condition.*

2. Informasi yang Saya/Kami berikan disini sehubungan dengan pengkinian data Saya/Kami adalah benar data pribadi Saya/Kami dan oleh karenanya Saya/Kami berwenang penuh untuk memberikan izin kepada AFI untuk menggunakan dan mengungkapkan data pribadi Saya/Kami (termasuk pengkinian data Saya/Kami selanjutnya kepada penyedia layanan pihak ketiga AFI dalam rangka memberikan pelayanan yang sesuai dengan produk yang telah Saya/Kami beli dan mengizinkan AFI untuk menghubungi Saya/Kami untuk memberikan informasi mengenai produk dan pelayanan melalui saluran komunikasi yang telah Saya/Kami berikan).

*Information that I/we give in here has been related to the contact information updated is true based on our privacy data and because of that I/We have an authority will give a permission to AFI using our privacy data (including contact information updated to the 3<sup>rd</sup> side of AFI in effort give a service based on the product I/we bought dan giving a permission AFI to contacted I/We to giving an information about the service and product by the communication channel that I/We give).*

Materai Rp 6.000,-  
Stamp duty

\_\_\_\_\_  
Pemegang Polis  
Policy Holder

\_\_\_\_\_  
Tertanggung  
Insured

Informasi lebih lanjut dapat menghubungi Customer Care Center melalui telp (021) 3005 9999 dan untuk mengetahui informasi tentang klaim silahkan menghubungi Layanan Call Center 24 jam Claim dan Darurat (021) 2965 9618 atau email di ahs@axa.co.id