



**SURAT PERNYATAAN PEMEGANG POLIS MAESTRO OPTIMA CARE
STATEMENT LETTER POLICY OWNER MAESTRO OPTIMA CARE
(UPGRADE/DOWNGRADE, REINSTATEMENT)**

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 permohonan sebagai berikut :

In this Occasion, here are I apply :

Naik (Upgrade) / Turun (Downgrade) Plan

Plan yang diinginkan :

Pernyataan Kesehatan / Medical Statement

1. Apakah Anda atau Tertanggung sedang merencanakan/mendapatkan/disarankan untuk bepergian ke luar wilayah yang dipertanggungjawabkan dalam Plan Anda, untuk mendapatkan perawatan/perhatian medis/diagnosa medis atas gejala yang dialami dalam waktu 5 (lima) tahun terakhir, baik sudah ataupun belum mendapatkan perawatan/perhatian medis/diagnosa medis?

Are you or anyone else insured are planning or have you or any of the Insured obtained, or been advised to travel outside the area of cover shown for your plan, for medical treatment or medical attention or any medical condition diagnosed or for any symptoms experienced, in the past five (5) years, whether or not medical attentions has been sought?

Ya/Yes Tidak/No

Jika Ya, Jelaskan :

If Yes, Please explain

2. Apakah Anda atau Tertanggung berdasarkan Polis ini pernah mendapatkan saran medis, didiagnosis, atau mendapatkan pengobatan untuk kondisi-kondisi berikut: Tumor Otak, Kanker, Diabetes, Hepatitis B, Hepatitis C, Gagal Hati/Sirosis Hati, Stroke, Penyakit Jantung*, Gagal Ginjal, Lupus Eritematosus Sistemik, Multiple Sclerosis, Penyakit Paru Obstruktif Kronik dan Kondisi Kejiwaan?

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

Have you or anyone else insured under this policy ever been advised, or been diagnosed, or treated for any of the following conditions: brain tumor, cancer, diabetes, hepatitis B, hepatitis C, liver failure/liver cirrhosis, stroke, heart disease kidney failure, systematic lupus, erythematosus, multiple sclerosis, chronic obstructive pulmonary disease and psychiatric condition?*

**Heart disease refers to high blood pressure, heart attack, heart failure, coronary artery disease, ischaemic heart disease, heart valvular disease, cardiac arrhythmia*

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

2. (i) Apakah Anda atau Tertanggung berdasarkan polis ini, pernah berkonsultasi, terindikasi, diinvestigasi, atau merencanakan/menunda untuk melakukan tes, atau perawatan/pengobatan yang tertunda, atau perawatan/pengobatan apapun dalam waktu 12 bulan terakhir?

Have you or anyone else insured under this policy had any consultation, diagnostic or investigation or tests planned or pending or any treatment in the last 12 months?

(ii) Apakah Anda atau Tertanggung berencana untuk berkonsultasi dengan Dokter/Praktisi Medis atau Profesional Kesehatan untuk konsultasi, investigasi, atau pembedahan lebih lanjut, dalam waktu 12 bulan mendatang **?

***kecuali untuk imunisasi dan untuk wanita akan mengecualikan pemeriksaan kehamilan untuk kehamilan tanpa komplikasi dan kehamilan tanpa bantuan/kehamilan yang dibantu.*

*Do you or anyone else insured foresee in the coming 12 months to consult a medical practitioner or a health professional for follow up consultation or to undergo further investigation or surgery**?*

***This would exclude visits for immunizations and for females this would exclude antenatal checkups for uncomplicated pregnancy and non-assisted conception pregnancy/assisted pregnancy.*

Ya/Yes Tidak/No

Jika Ya, Jelaskan :
If Yes, Please explain :

Pemulihan / Reinstatement

Pernyataan Kesehatan / Medical Statement

1. Apakah Anda atau Tertanggung berdasarkan polis ini, telah berkonsultasi, menjalani tes diagnostik atau perawatan dalam jangka waktu 90 hari terakhir (yang dimulai sejak tanggal jatuh tempo pembayaran premi terakhir sampai tanggal Anda/Tertanggung menandatangani formulir pemulihan ini) atau bermaksud/telah mengajukan klaim kepada Penanggung atau perusahaan asuransi lain?

Have you or anyone else Insured under the policy had any consultation, diagnostic tests or treatment within the last 90 days (that starts from the last premium due date of this Policy until the date you or the Insured signs this reinstatement application) or intend to or have submitted claims to any us or insurance company?

Ya/Yes Tidak/No

Jika Ya, Jelaskan :
If Yes, Please explain :

2. Apakah Anda atau Tertanggung berdasarkan Polis ini, memiliki rencana/menunda konsultasi, menjalani tes diagnostik atau perawatan dalam jangka waktu 90 hari terakhir (yang dimulai sejak tanggal jatuh tempo pembayaran premi terakhir sampai tanggal Anda/Tertanggung menandatangani formulir pemulihan ini)?

Have you or anyone else Insured under the policy plan to have or pending consultation, diagnostic tests or treatment within the last 90 days (that starts from the last premium due date of this Policy until the date you or Insured signs this reinstatement application)?

**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 3rd 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**

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