



redefining / insurance

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

International Student Protection
Proposal Form

1. Data Tertanggung

*Wajib diisi sesuai Ketentuan PMK No.30/PMK.010/2010 tentang Prinsip Mengenal Nasabah

Form fields for personal data: Nama Tertanggung*, No Paspor* (fotokopi w ajob dilampirkan), Tempat / Tanggal lahir *, Alamat saat ini *, Kode Pos

Nomor Telepon Darurat*

Form fields for emergency contact: Nomor Telepon Rumah*, Hp*, Email*

Form fields for occupation: Pekerjaan* (PNS, Anggota TNI/POLRI, Karyawan Swasta, Wirausaha, Lain2 Sebutkan)

Form field for company name: Nama Perusahaan/Instansi

Form fields for payment source: Dari mana pembayaran premi bersumber? * (Sponsor, Beasiswa, Gaji, Hasil Usaha, Lainnya Sebutkan)

Form field for sponsor name: Nama Sponsor*

Form fields for sponsor ID: No KTP Sponsor* (fotokopi w ajob dilampirkan)

Form fields for income: Total Pendapatan Kotor/Tahun (Tertanggung / Sponsor) (< Rp 100 jt, Rp 100jt - Rp 300jt, > Rp 300 jt)

Form field for relatives: Ahli Waris*

Form field for relationship: Hubungan dengan Tertanggung

2. Informasi Pertanggunggaan

1. Nama Institusi Pendidikan di Luar Negeri :
2. Alamat Institusi Pendidikan :
3. Periode Pertanggunggaan (tgl/bln/thn) : sampai dengan
4. Rencana Pendidikan : bulan atau tahun

Mohon dicentang di dalam kotak di bawah ini

A. Jenis Plan Yang Dipilih

Periode Pertanggunggaan	Asia Tenggara			Asia Pasifik (Asia lainnya , Jepang , Selandia Baru dan Australia)			Amerika Serikat			Negara Lainnya		
	Silver	Gold	Platinum	Silver	Gold	Platinum	Silver	Gold	Platinum	Silver	Gold	Platinum
Sampai dengan 3 bulan												
Sampai dengan 6 bulan												
Sampai dengan 12 bulan												

B. Manfaat Tambahan (Jika ada)

Manfaat Tambahan	
Biaya Pengobatan , Gigi dan Lainnya	
Perlindungan Sponsor	

Jumlah Premi US\$
Biaya Polis dan Materai US\$ 2.5
Jumlah US\$

CATATAN PENTING :

- **Pertanggunggaan Asuransi tidak akan berlaku sampai permohonan ini disetujui dan premi dibayar penuh.**
- **Pembayaran klaim akan dilakukan melalui Bank lokal Indonesia**

3. 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

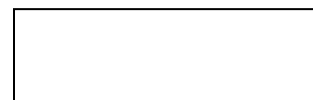
Tidak

4. Pernyataan

1. 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 pertanggungungan atau menolak membayar Uang Pertanggungungan.
2. Saya memahami bahwa pertanggungungan ini berlaku setelah disetujui oleh PT Asuransi AXA Indonesia
3. 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 pertanggungungan ini,.
4. Salinan/fotokopi dari pernyataan dan kuasa ini mempunyai kekuatan hukum yang sama seperti aslinya.



Nama dan tandatangan Pemohon



(Tgl/Bln/Thn)

Pemberitahuan Penting :

Dalam hal permohonan dilakukan oleh wakil, harap dilampirkan copy KTP Pemohon dan surat kuasa atau surat penunjukan kepada Pemohon untuk melakukan penutupan asuransi atas nama Tertanggung. Agen PT Asuransi AXA Indonesia tidak dapat dan dilarang bertindak mewakili Tertanggung.

Syarat dan ketentuan pertanggungungan akan dinyatakan dalam polis asuransi.

Mohon tidak menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong dan pastikan jawaban telah sesuai dengan keadaan sebenarnya.