



Formulir Permohonan SmartCare Executive (Individu)

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

Nama Tertanggung*

No KTP / SIM / Paspor / KITAS*

(copy harap dilampirkan)

Kewarganegaraan * WNI WNA Negara Asal (bagi WNA)

Status Perkawinan Kawin Belum Kawin

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

Nomor Fax

Email

Pekerjaan* PNS Anggota TNI/POLRI Karyawan Swasta Wirausaha

Lain2 Sebutkan

Nama Perusahaan/Instansi

Jenis Usaha Perdagangan Pemerintah Transportasi

Manufaktur Kontruksi Sumber Daya Alam

Penyedia Jasa Keuangan Lainnya

(X100ca 01/16)

Apakah Anda memiliki satu atau lebih jenis usaha yang termasuk di dalam jenis usaha berikut ini :

Perdagangan Valuta Asing (*Money Changer*), Usaha Jasa Pengiriman Uang (*Money remittance*), Dealer Mobil, SPBU, Jasa Pengelola Parkir, Perusahaan Perhiasan (Batu permata dan logam berharga), Minimarket/Kelontong, Penjual Barang Elektronik, Ekspor/Impor, Rumah Makan, Pedagang Pedagang Isi Ulang Pulsa, Agen Properti, Agen Perjalanan, Pengacara, Akuntan, Konsultan Keuangan, Dealer Barang Antik/Seni, Offshore Company, termasuk penyedia jasa keuangan yang berlokasi di tax dan/atau screcy heaven dan yurisdiksi yang tidak secara memadai melaksanakan rekomendasi FATF

Ya Tidak

Untuk jawaban yang dipilih, mohon sebutkan jenis usaha Anda (bisa lebih dari satu)

Jabatan *

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		

Data Pertanggung

Tinggi dan Berat Badan Anda

cm

kg

Plan yang dipilih

IDR

Plan

Keterangan Keluarga (*Hanya diisi bila mengambil Plan Keluarga*)

	Nama Lengkap	Tanggal Lahir	L/P	Tinggi Badan	Berat Badan
Pasangan		/ /		cm	kg
Anak 1		/ /		cm	kg
Anak 2		/ /		cm	kg
Anak 3		/ /		cm	kg
Anak 4		/ /		cm	kg
Anak 5		/ /		cm	kg

Pekerjaan pasangan

Pindah Asuransi

(hanya untuk calon tertanggung yang saat ini memiliki/ ingin pindah asuransi kesehatan perorangan/keluarga dari perusahaan asuransi lain)

Beri tanda untuk jawaban yang dipilih

Harap lampirkan salinan undangan perpanjangan dan polis asuransi dari perusahaan asuransi sebelumnya

1. Apakah Anda atau anggota keluarga yang akan diasuransikan pernah dirawat di rumah sakit atau berkonsultasi dengan dokter spesialis dalam 12 bulan terakhir ini?

Anda	Anggota Keluarga
<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> YA
<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> TIDAK

2. Apakah Anda atau anggota keluarga yang akan diasuransikan pernah berkonsultasi, mendapatkan perawatan atau investigasi medis, merencanakan atau ada penundaan tes kesehatan baik dengan dokter umum atau spesialis?

<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> YA
<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> TIDAK

3. Apakah Anda atau anggota keluarga yang akan diasuransikan pernah mengalami serangan jantung, gagal ginjal, kanker, diabetes, masalah dengan alkohol dan obat-obat terlarang, gangguan kejiwaan termasuk depresi?

<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> YA
<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> TIDAK

Pertanyaan Umum dan Riwayat Kesehatan

Untuk pertanyaan No. 1 - 3, jika jawaban YA mohon dijelaskan lebih lanjut

1. Apakah Anda atau anggota keluarga yang akan diasuransikan pernah atau akan melakukan kegiatan berisiko seperti balap mobil/motor, menyelam, penerbangan pada tidak terjadwal/sewaan, atau yang berhubungan dengan perang, dll?

<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> YA
<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> TIDAK

2. Apakah Anda atau anggota keluarga yang akan diasuransikan memiliki polis asuransi di perusahaan lain? Jika YA mohon dituliskan nama perusahaan asuransi tersebut dan jenis asuransinya.

<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> YA
<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> TIDAK

3. Pernahkah permohonan asuransi Anda atau anggota keluarga yang akan diasuransikan ditolak, ditunda, atau diterima dengan syarat? Jika YA, tolong dijelaskan

<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> YA
<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> TIDAK

Untuk pertanyaan No. 4 - 9, jika jawaban YA mohon dijelaskan dengan lengkap keadaan lamanya diagnosa, tanggal perawatan, nama dan alamat dokter/rumah sakit yang merawat serta kondisi kesehatan saat ini.

4. Apakah anggota keluarga dekat dari Anda atau anggota keluarga yang akan diasuransikan pernah menderita sakit tuberkulosis (TBC), ginjal, jantung, stroke, tekanan darah tinggi, penyakit pembuluh darah, gangguan mental atau kanker?

<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> YA
<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> TIDAK

5. a) Apakah Anda atau anggota keluarga yang akan diasuransikan merokok dalam 12 bulan terakhir ini? Jika YA, berapa batang per hari?

<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> YA
<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> TIDAK

- b) Apakah Anda atau anggota keluarga yang akan diasuransikan mempunyai kebiasaan minum minuman yang beralkohol? Jika YA, sebutkan jenis dan berapa banyak.

<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> YA
<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> TIDAK

- c) Apakah Anda atau anggota keluarga yang akan diasuransikan pernah atau menggunakan zat atau obat penenang atau narkotika yang menyebabkan ketergantungan? Jika YA, sebutkan jenis dan berapa banyak.

<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> YA
<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> TIDAK

6. Apakah Anda atau anggota keluarga yang akan diasuransikan pernah mengajukan klaim untuk asuransi kesehatan, kecelakaan, ketidakmampuan atau jenis santunan lainnya?

Anda	Anggota Keluarga
<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> YA
<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Tidak

7. Apakah Anda atau anggota keluarga yang akan diasuransikan pernah mendapat perawatan karena atau menderita: Jika YA, beri penjelasan dan kapan terjadinya.

a) ayun (epilepsi), gangguan mental, depresi, penyakit jiwa/syaraf lainnya?

<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> YA
<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> TIDAK

b) penyakit atau kelainan mata, hidung, tenggorokan, atau gangguan pendengaran atau penglihatan lainnya?

<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> YA
<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> TIDAK

c) tuberkulosis (TBC), penyakit saluran pernapasan atau paru-paru?

<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> YA
<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> TIDAK

d) demam rematik, tekanan darah tinggi, nyeri dada, sakit jantung, gangguan peredaran darah atau pembuluh darah atau kelainan darah lainnya?

<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> YA
<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> TIDAK

e) gangguan pencernaan, tukak lambung, penyakit apapun pada hati, kandung empedu atau usus?

<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> YA
<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> TIDAK

f) batu ginjal, atau penyakit apapun pada saluran kemih atau penyakit kelamin?

<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> YA
<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> TIDAK

g) kanker, tumor, kista atau pertumbuhan abnormal lainnya?

<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> YA
<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> TIDAK

h) kencing manis (diabetes), gagal ginjal, kelainan atau penyakit pada kelenjar gondok?

<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> YA
<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> TIDAK

i) rematik atau gangguan pada tulang atau persendian otot lainnya?

<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> YA
<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> TIDAK

j) AIDS atau gejala kompleks yang berkaitan dengan AIDS/ARC?

<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> YA
<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> TIDAK

k) gangguan kesehatan apapun, cacat fisik, kelainan bentuk tubuh atau luka yang tidak disebutkan diatas?

<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> YA
<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> TIDAK

8. Selama 5 tahun terakhir, apakah Anda atau anggota keluarga yang akan diasuransikan:

a) pernah melakukan atau dianjurkan mendapat pemeriksaan Sinar X, ECG, USG, CT Scan, MRI, Tes Darah misalnya kolesterol, AIDS, hepatitis termasuk hepatitis B, anemia, dll?

<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> YA
<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> TIDAK

b) pernah menderita sakit atau dirawat di rumah sakit, menjalani operasi, mengadakan konsultasi kesehatan, yang belum disebutkan diatas (baik dengan dokter umum atau spesialis)?

<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> YA
<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> TIDAK

9. Jika Anda atau anggota keluarga yang akan diasuransikan adalah wanita, apakah:

a) pernah hamil?

b) saat ini sedang hamil? Jika YA, berapa usia kehamilan dan sebutkan tanggal perkiraan melahirkan?

c) pernah menderita kelainan kandungan, payudara, komplikasi kehamilan?

d) pernah melakukan/disarankan oleh dokter untuk pemeriksaan papsmear?

e) pernah mengalami gangguan atau kelenjar hormonal, seperti pendarahan diluar siklus haid dan lainnya ?

Anda		Anggota Keluarga	
<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> Tidak
<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK
<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK
<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK
<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK

Tekanan Darah Tinggi / Kolesterol (hanya untuk calon tertanggung yang pernah mengalami atau pernah diinformasikan mengidap atau sedang/telah menjalani perawatan/observasi medis untuk penyakit tekanan darah tinggi atau kolesterol)

1. Harap berikan data berkenaan dengan penyakit tekanan darah tinggi dan kolesterol pada tabel di bawah ini. (Jika tabel tidak mencukupi harap tuliskan data tersebut dalam lembar terpisah.)

A. Tekanan Darah Tinggi

Nama	Data Systolic & Diastolic	Tanggal Pendataan	Apakah sedang mendapatkan perawatan medis untuk darah tinggi?	Apakah dalam 12 bulan terakhir ini, tekanan darah dikontrol*) secara medis?
		/ /	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
		/ /	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
		/ /	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
		/ /	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak

*) 'dikontrol' maksudnya dalam 12 bulan terakhir yang bersangkutan pernah/sedang diawasi oleh dokter untuk memonitor tekanan darah tingginya.

B. Kolesterol

Nama	Total kolesterol (Tchol)	Tanggal Pendataan	Apakah sedang mendapatkan perawatan medis untuk kolesterol?	Apakah dalam 12 bulan terakhir ini, kolesterol dikontrol*) secara medis?
		/ /	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
		/ /	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
		/ /	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
		/ /	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak

*) 'dikontrol' maksudnya dalam 12 bulan terakhir yang bersangkutan pernah/sedang diawasi oleh dokter untuk memonitor kolesterolnya.

2. Harap berikan nama dokter dan alamat rumah sakit / klinik yang merawat darah tinggi atau kolesterol Anda

Nama Dokter

Alamat Rumah Sakit/Klinik

No. Telepon : _____ No. Fax: _____

Dokter Keluarga (dokter yang biasa dikunjungi oleh Anda dan anggota keluarga yang akan diasuransikan)

Nama	<input type="text"/>		
Alamat	<input type="text"/>		
No.Telepon / HP	<input type="text"/>	Telah menjadi dokter kami selama	<input type="text"/> tahun

Keterangan Palsu

PT ASURANSI AXA INDONESIA (Penanggung) berhak untuk tidak menanggung atau membayar klaim asuransi kesehatan ini atau membatalkan kontrak asuransi karena kelalaian Tertanggung dalam mengungkapkan keterangan-keterangan yang dibutuhkan. Apabila ada hal-hal yang tidak diungkapkan atau ada pernyataan salah atau palsu, maka penanggung berhak untuk membatalkan kontrak ini

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 **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

Tempat	/ / Tanggal	Tempat	/ / Tanggal	DIISI OLEH PETUGAS DARI AXA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Diperiksa oleh: Tanggal:
Tandatangan Pemohon		Tandatangan Perantara		

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