

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

## FORMULIR PENGHENTIAN PERPANJANGAN POLIS ASURANSI MANDIRI JAMINAN KESEHATAN

**CATATAN PENTING**

1. Surat pernyataan ini wajib diisi oleh Pemegang Polis dengan menggunakan HURUF KAPITAL.
2. Pastikan untuk mengisi semua informasi dan pertanyaan sebelum tandatangan pada surat pernyataan dan tandatangan harus sesuai dengan data polis.
3. Jika Polis tidak diperpanjang maka Anda tidak mendapatkan *No Claim Bonus* (NCB) di periode berikutnya.

- PERMINTAAN PEMBAYARAN MANFAAT POLIS /NO CLAIM BONUS** \*Hanya dapat diproses jika:
1. Penanggung sudah menerima 5 kali pembayaran Premi Tahunan.
  2. Periode Polis sudah melewati 60 bulan dari tanggal efektif Polis.
  3. Tidak ada klaim selama 60 bulan periode Polis tersebut.
  4. Belum pernah menerima manfaat NCB selama periode pembayaran Premi 5 tahunan yang dimaksud.

Mohon dapat memberikan tanda (v) untuk permohonan yang diajukan (dapat memilih lebih dari satu)

- PERMINTAAN PENGAKHIRAN POLIS**

**Keterangan Polis**

Nomor Polis	:	
Nama Pemegang Polis	:	
Nama Bank/ No rekening Pentransferan	:	
Nama Pemilik Rekening (=Pemegang Polis)	:	
No. KTP/Identitas lain berlaku	:	
Alamat Korespondensi	:	
Nomor Telepon/mobilephone	:	
Alamat Email	:	

Saya setuju data alamat, nomor telepon, dan *email* di Polis diubah sesuai dengan data keterangan dalam Formulir ini.

- Ya       Tidak

Saya menyatakan bahwa informasi yang Saya berikan ini adalah benar data pribadi Saya dan bersama ini Saya memberikan persetujuan kepada PT AXA Mandiri Financial Services (“**AXA Mandiri**”) untuk:

- a. Mengungkapkan data pribadi Saya (termasuk data terbaru) kepada pihak ketiga termasuk penyedia jasa untuk mengizinkan AXA Mandiri dalam memberikan Saya layanan terkait atas produk yang Saya beli dan untuk tujuan komersial lainnya.
- b. Menggunakan data pribadi Saya hanya untuk tujuan pemasaran, penawaran produk dan aktivitas promosi lainnya. Oleh karena itu, Saya mengizinkan AXA Mandiri untuk menghubungi Saya dalam rangka memberikan informasi mengenai produk dan layanan melalui sarana telekomunikasi pribadi termasuk namun tidak terbatas pada *email*, telepon, SMS yang telah Saya berikan ini.

**Pengakhiran Polis**

Tanggal efektif pengakhiran :   /   /     (DD/MM/YYYY)

**Pernyataan**

Dengan ini Saya/Kami menyatakan dan menyetujui bahwa :

1. Telah membaca, mengerti, menjawab dan mengisi semua pertanyaan pada Surat Pernyataan Pembatalan Polis Mandiri Jaminan Kesehatan (“Surat Pernyataan”) ini dengan sebenar-benarnya, jujur, lengkap, dan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya.
2. Saya mengerti bahwa dengan saya mengajukan permohonan pengakhiran Polis maka tidak ada pembayaran premi lanjutan dan Polis tidak diperpanjang. Dengan demikian selanjutnya AXA Mandiri tidak berkewajiban memberikan pertanggung jawaban asuransi atas Polis.
3. Saya/Kami menyatakan mencabut Surat Kuasa Debet Rekening (SKDR) atau Surat Kuasa Debet Kartu Kredit (SKDKK) yang telah Saya/Kami tandatangani sebelumnya.
4. Segala akibat yang timbul sehubungan dengan perubahan Polis menjadi tanggung jawab Saya sepenuhnya dan dengan ini Saya membebaskan AXA Mandiri termasuk direksi, komisaris, pemegang saham, afiliasi, kantor penjualan, agen, kuasa, karyawan, dan semua pihak yang memiliki atau dianggap memiliki hubungan dengan AXA Mandiri dari segala tuntutan, gugatan, ataupun pengaduan lainnya dikemudian hari baik dari pihak Pemegang Polis termasuk keluarganya maupun dari pihak yang berkepentingan atas Polis ini.

Ditandatangani di :    /   /     (DD/MM/YYYY)

Tanda tangan  
pemegang polis

Materal Rp 6000,-

Nama lengkap

**Wajib diisi oleh financial advisor (FA) yang membantu :**

Pengajuan Perubahan di atas telah dikirimkan melalui email

:  Ya  Tidak

Kode FA :

Nama FA

:

No. Telepon (termasuk kode wilayah)

:

Untuk Kepentingan Kantor Pusat :