

C. INFORMASI ASURANSI LAINNYA OTHER INSURANCE INFORMATION	
Apakah Tertanggung memiliki Asuransi di Perusahaan Asuransi Lain? <i>Does the Insured have another insurance from another insurance company?</i>	
Ya Yes	Tidak No
Nama Perusahaan Asuransi <i>Name of insurance Company</i>	
D. INFORMASI REKENING BANK ACCOUNT INFORMATION <i>(diisi bila polis premi tunggal atau pembayaran premi dengan kartu kredit/to be filled if single premium policy or premium payment by credit card)</i>	
Nama Pemilik Rekening <i>Account holders' name</i>	
Nomor Rekening Bank <i>Bank Account Number</i>	
Nama Bank <i>Bank Name</i>	
Kode SWIFT Bank <i>Bank SWIFT Code</i>	
Apabila pembayaran ke rekening bank luar negeri dan mata uang selain USD <i>If the payment is made to a foreign bank account and in a currency other than USD</i>	
Pencairan dana klaim hanya dapat ditransfer ke rekening yang digunakan untuk pendebitan Premi/ <i>claim payment only can be transferred to the account used for premium debit.</i>	
E. KETERLAMBATAN PENGAJUAN KLAIM CLAIMS SUBMITTING DELAY	
Apakah pengajuan Klaim Penyakit Kritis ini sudah melebihi dari 90 hari terhitung dari tanggal terdiagnosa? Jika "YA" mohon berikan alasannya. <i>Has this Critical Illness Claim submitted more than 90 days from the date of diagnosis? If "YES" please provide reasons.</i>	
F. PERNYATAAN DAN KUASA PEMEGANG POLIS/TERTANGGUNG STATEMENT AND POWER OF POLICY HOLDER/INSURED	
Dengan ini Saya/Kami menyatakan dan menyetujui bahwa <i>I/We hereby declare and agree that:</i>	
1. Saya/Kami telah membaca, mengerti, menjawab dan mengisi pertanyaan-pertanyaan dan informasi tersebut di atas dengan sebenar-benarnya, lengkap dan sesuai dengan keadaan sebenarnya tanpa tekanan dan paksaan dari pihak manapun. Saya/Kami mengerti bahwa pengajuan dan pembayaran klaim akan diproses oleh PT AXA Mandiri Financial Services ("Penanggung") sesuai dengan ketentuan ketentuan Penanggung yang berlaku. Jika ternyata keterangan yang diberikan itu tidak benar dan/atau tidak lengkap, maka Penanggung berhak untuk meminta Saya/Kami untuk melengkapi ataupun menolak pengajuan klaim. <i>I/We have read, understood, answered, and filled out the questions and information mentioned above correctly, completely and in accordance with the actual situation without pressure and coercion from any party. I/We understand that the submission and payment of claims will be processed by PT AXA Mandiri Financial Services (the "Insurer") in accordance with the provisions of this application/website and the provisions of the applicable Insurer. If it turns out that the information provided is incorrect and/or incomplete, the Insurer has the right to ask me/us to complete or reject the claim submission.</i>	
2. Saya/Kami setuju memberikan kuasa kepada Penanggung untuk meminta semua keterangan, informasi, dokumen, dan ringkasan/catatan medis ("Informasi") mengenai Saya/Kami kepada tenaga medis, dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, laboratorium, sarana pelayanan kesehatan, Penanggung asuransi, Penanggung reasuransi, badan hukum, instansi, atau perorangan, organisasi atau pihak lain ("Pemegang Informasi") yang mempunyai informasi Saya/Kami, dan Saya/Kami dengan ini memberikan ijin dan kuasa kepada Pemegang Informasi untuk memberikan Informasi kepada Penanggung dalam rangka proses klaim dan pelayanan nasabah. <i>I/We agree to authorize the Insurer to request all information, information, documents, and summaries/medical records ("Information") regarding me/us from medical personnel, doctors, hospitals, clinics, health centers, laboratories, service facilities health insurance, reinsurance insurers, legal entities, agencies, or individuals, organizations or other parties ("Information Holders") who have I/Our information, and I/We hereby grant permission and power to the Information Holder to provide information to Insurers in the framework of the claim process and customer service.</i>	
3. Saya/Kami setuju dan mengizinkan Penanggung untuk menggunakan atau memberikan informasi, keterangan, atau data-data Saya/Kami yang diperoleh dan/atau dimiliki Penanggung kepada pihak ketiga (termasuk tapi tidak terbatas pada Penanggung asuransi, reasuransi, bank, group, dan afiliasi dari Pemegang Saham, serta pihak lain) yang bekerja sama dengan Penanggung baik di dalam atau luar negeri dalam rangka, termasuk tapi tidak terbatas pada pelayanan nasabah, proses klaim, dan/atau penawaran produk. <i>I/We agree and allow the Insurer to use or provide information, information, or My/Our data obtained and/or owned by the Insurer to third parties (including but not limited to insurance, reinsurance, bank, group, and affiliations of Shareholders, as well as other parties) who cooperate with the Insurer both at home and abroad in the context of, including but not limited to customer service, claim processing, and/or product offerings.</i>	
4. Saya/Kami senantiasa menjamin untuk merahasiakan dan tidak akan menggandakan, mengungkapkan maupun menyebarluaskan setiap dan segala informasi pribadi Saya/Kami yang berhubungan dengan termasuk hubungan hukum yang didasarkan atas pengajuan pada dokumen/formulir ini antara Saya/Kami dan Penanggung kepada pihak manapun melalui media apapun. <i>I/We always guarantee to keep confidential and will not duplicate, disclose, or disseminate any and all of My/Our personal information related to including legal relationships based on the submission of this document/form between Me/We and the Insurer to any party through any medium.</i>	
5. Segala risiko yang timbul sehubungan dengan pengajuan pada Formulir ini sepenuhnya merupakan tanggung jawab Saya dan Saya membebaskan AXA Mandiri dari segala tanggung jawab, gugatan, kerugian, dan/atau tuntutan dalam bentuk apapun di kemudian hari dari pihak manapun termasuk Saya atas pengajuan Formulir ini, kecuali yang diakibatkan kesalahan dan/atau kelalaian AXA Mandiri. <i>All risks arising from the submission of this Form are entirely my responsibility and I release AXA Mandiri from any kind of responsibility, claims, losses, and/or demands in the future from any party including me upon the submission of this Form, except those caused by AXA Mandiri's error and/or negligence.</i>	
Perbarui Data Anda Segera	Pemegang Polis Policy Holder
Agar kami dapat melayani Bapak/Ibu dengan lebih baik, mohon agar Bapak/Ibu dapat melakukan pengkinian data diri jika terdapat perubahan dari data sebelumnya, seperti nomor telepon, nomor handphone, alamat rumah/kantor, maupun alamat e-mail. Pengkinian data dapat dikirimkan kepada kami melalui e-mail ke customer@axa-mandiri.co.id atau melalui Customer Care Centre (CCC) 1500-803 maupun mengunjungi layanan Customer Care Centre (CCC) AXA Tower GF, Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18 Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia	Nama Jelas & Tanda tangan <i>Name & sign</i> (jika Pemegang Polis berhalangan dapat digantikan dengan Penerima Manfaat <i>If Policy Holder is incapacitated, then can be replaced by Beneficiary</i>)

