

6. Data Pekerjaan Tertanggung

Kapan Tertanggung mulai tidak bekerja: / /

Kapan Tertanggung mulai bekerja : / /

Pekerjaan terakhir :

Nama & alamat perusahaan :

7. Keterlambatan Pengajuan Klaim

Klaim kesehatan harus diajukan 30 hari dari tanggal keluar Rumah Sakit, Penyakit Kritis dan Ketidakmampuan 90 hari dari tanggal terdiagnosa. Jika pengajuan klaim Anda melampaui batas ini, mohon berikan alasannya.

8. Perincian Pembayaran

No. Rekening Bank :

Nama Pemilik Rekening :

Nama Bank : Cabang:

Alamat Bank :

9. Kelengkapan Dokumen

Dokumen Wajib	Ketidakmampuan/Penyakit Kritis
<input type="checkbox"/> Formulir Klaim Kesehatan/ketidakmampuan/ Penyakit kritis (Nasabah) - Asli <input type="checkbox"/> Formulir Klaim Kesehatan, Ketidakmampuan, Penyakit kritis (Dokter) - Asli/Fotokopi legalisir <input type="checkbox"/> Kuitansi/bukti pembayaran dari Rumah Sakit dan seluruh perinciannya - Asli/Fotokopi <input type="checkbox"/> Hasil pemeriksaan penunjang (laboratorium, Radiologi, EKG, dll) - Fotokopi <input type="checkbox"/> KTP/SIM/Passport - Fotokopi <input type="checkbox"/> Dokumen lain yang dianggap perlu	<input type="checkbox"/> Surat keterangan/Berita Acara Kepolisian (untuk keadaan yang melibatkan kepolisian) - Asli/ Fotokopi legalisir

Perbarui Data Anda Segera

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 Customer Care Centre (CCC): 1500803 maupun via *e-mail* ke customer@axa-mandiri.co.id, atau mengunjungi layanan Customer Care Centre (CCC) AXA Tower Lt. GF, Jl. Prof. Dr. Satrio Kav.18 Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia.

10. Pernyataan Dan Kuasa

Dengan ini Saya menyatakan dan menyetujui bahwa :

1. Saya telah membaca, mengerti, menjawab dan mengisi pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan sebenar-benarnya, lengkap dan sesuai dengan keadaan sebenarnya.
2. Saya menyatakan dan menyetujui bahwa Saya memiliki kuasa dan persetujuan dari orang yang bersangkutan untuk membuat pernyataan dan persetujuan seperti yang disebutkan di atas.
3. Salinan dari Pernyataan dan Kuasa ini sama sah dan berlakunya sesuai dengan dokumen aslinya.
4. Saya memberi kuasa yang tidak akan berakhir karena sebab-sebab yang tercantum dalam pasal 1813 KUH Perdata kepada setiap Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Laboratorium, Institusi Medis manapun, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Lembaga, atau perorangan yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan Tertanggung, untuk memberitahukan kepada PT AXA Mandiri Financial Services atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Tertanggung.

Saya menyatakan bahwa informasi yang Saya berikan ini adalah data pribadi Saya atau data lainnya adalah benar dan bersama ini Saya memberikan persetujuan kepada PT AXA Mandiri Financial Services untuk :

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

[Penting : Mohon beri tanda pada kotak di bawah ini apabila Anda setuju atau tidak setuju dengan penggunaan data pribadi Anda untuk tujuan di atas]

Saya setuju dengan penggunaan data pribadi Saya untuk tujuan di atas.

Saya tidak setuju dengan penggunaan data pribadi Saya untuk tujuan di atas.

Nama Pemohon :

Hubungan dengan Tertanggung :

Alamat Pemohon :

No. KTP/SIM/Paspor :

Alamat *e-mail* :

No. Telp/*Handphone* :

Nama FA :

Kode FA : - -

CATATAN :

PT AXA Mandiri Financial Services akan memperbarui alamat e-mail dan nomor kontak berdasarkan informasi di atas.

Tanggal: / /

()
Tanda Tangan Pemohon