

## Pernyataan Masa Tunggu (*Waiting Period*)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :  
Nama (Calon) Pemegang Polis : \_\_\_\_\_  
(sesuai KTP & SPAJ)  
NIK (Calon) Pemegang Polis : \_\_\_\_\_

Dengan ini menyatakan kepada PT AXA Mandiri Financial Services (AXA Mandiri) sebagai berikut:

- Bahwa data (Calon) Tertanggung nomor polis [ \_\_\_\_\_ ] adalah sebagai berikut:  
Nama (Calon) Tertanggung : \_\_\_\_\_  
NIK (Calon) Tertanggung : \_\_\_\_\_
- Bahwa benar saya telah memutuskan untuk membeli produk PAYDI dari AXA Mandiri dan memahami ketentuan tentang Masa Tunggu (*waiting period*) beserta konsekuensinya atas produk PAYDI ini. Masa Tunggu (*Waiting Period*) adalah jangka waktu tertentu yang wajib dilalui oleh Tertanggung sejak Tanggal Berlakunya Polis atau Tanggal Pemulihan Polis atau Tanggal Perubahan Polis sebelum dapat mengajukan klaim Manfaat Asuransi sesuai ketentuan Polis.
  - Oleh karena itu, Saya memilih:  
Isi dengan tanda (✓) pada kotak sesuai pilihan  
 Diberlakukan Masa Tunggu (*Waiting Period*).  
*Dengan memilih diberlakukan Masa Tunggu (Waiting Period), maka Pemegang Polis dan/atau Tertanggung :*
    - mengetahui bahwa tidak dapat mengajukan klaim atas Manfaat Asuransi Dasar dan/atau Manfaat Asuransi Tambahan selama periode Masa Tunggu (Waiting Period). Ketentuan Masa Tunggu mengacu kepada Ketentuan Umum dan/atau Ketentuan Tambahan Polis.*
    - Telah menerima penjelasan dari Tenaga Pemasar dan telah memahami seluruh risiko serta ketentuan Masa Tunggu (Waiting Period).*
  - Tidak diberlakukan Masa Tunggu (*Waiting Period*)  
*Dengan memilih untuk tidak diberlakukan Masa Tunggu (Waiting Period), maka Pemegang Polis dan/atau Tertanggung :*
    - Bersedia untuk melakukan Pemeriksaan Kesehatan (Medical Check-up) menggunakan biaya sendiri sesuai dengan ketentuan Underwriting di Klinik atau Rumah Sakit rekanan AXA Mandiri.*
    - Menerima pembayaran sebesar 50% dari klaim yang disetujui oleh AXA Mandiri selama Masa Tunggu (Waiting Period).*
    - Jika terdapat klaim, maka akan dibayarkan secara reimbursement*
- Saya mengetahui, memahami, menyetujui dan tunduk kepada ketentuan produk PAYDI dalam Ringkasan Informasi Produk dan memahami bahwa Pemeriksaan Medis PAYDI ini tidak menghapuskan dan/atau mengabaikan ketentuan produk PAYDI lainnya antara lain **Pernyataan Tidak Benar, Kondisi Kesehatan Yang Sudah Ada Sebelum Polis terbit (*Pre Existing Condition*), Penyakit Kritis dan/atau Pengecualian Polis.**

Demikian pernyataan ini Saya buat dengan lengkap, benar, dan sesuai keadaan sebenarnya tanpa paksaan.

Tanda Tangan (Calon) Pemegang Polis

\_\_\_\_\_  
Nama :  
Tanggal :