



[bit.ly/EmmaAXAMandiri](https://bit.ly/EmmaAXAMandiri)

## FORMULIR PERNYATAAN KESEHATAN DAN PERUBAHAN DATA POLIS

Tanggal:

□	□	/	□	□	/	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Nomor Polis:

□	□	□	-	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Catatan Penting untuk pengajuan layanan:

1. Isi dengan lengkap menggunakan huruf KAPITAL, beri tanda V pada pilihan lingkaran.
2. Mohon lengkapi dokumen-dokumen yang dipersyaratkan.
3. Kirim dokumen dan kelengkapannya melalui layanan email: [customer@axa-mandiri.co.id](mailto:customer@axa-mandiri.co.id) / tenaga pemasar AXA Mandiri.
4. Formulir ini khusus untuk pengajuan perubahan Pemegang Polis dengan pertanggungjawaban/perlindungan asuransi tambahan WPDD21/S, jika tidak ada pertanggungjawaban/perlindungan asuransi tambahan WPDD21/S, mohon mengisi Formulir Perubahan Data Polis.
5. Formulir ini khusus untuk pengajuan Perubahan Data Pemegang/Tertanggung/Peserta yang mempengaruhi pertanggungjawaban/perlindungan asuransi Polis, jika pengajuan perubahan tidak mempengaruhi pertanggungjawaban/perlindungan asuransi Polis, mohon mengisi Formulir Perubahan Data Polis.

Checklist jika dibantu oleh tenaga pemasar :

- |                              |                                 |
|------------------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> Mikro  | <input type="radio"/> Prioritas |
| <input type="radio"/> Retail | <input type="radio"/> Private   |

### TRANSAKSI YANG DIAJUKAN (mohon dapat diisi sesuai transaksi yang anda ajukan dan dapat diisi lebih dari 1 jenis transaksi)

- |                                       |  |   |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="radio"/> Pemulihan Polis | <input type="radio"/> Perubahan Pemegang Polis<br><small>Jika Polis mempunyai manfaat WPDD21/S</small> | <input type="radio"/> Perubahan Data Pemegang Polis/Tertanggung/Peserta<br><small>Jika mempengaruhi premi &amp; resiko pertanggungjawaban/perlindungan asuransi</small> |
|---------------------------------------|--|---|

### INFORMASI PERPAJAKAN LUAR NEGERI

Untuk memastikan kepatuhan atau ketaatan terhadap peraturan pajak, mohon jawab pertanyaan di bawah ini:

Apakah Anda melakukan pelaporan pajak di luar negara Indonesia?

- TIDAK, Jika Anda memiliki Indicia, harap mengisi form pengungkapan  
\*Indicia: memiliki kewarganegaraan/tempat lahir/alamat/nomor telepon/penggunaan kuasa hukum di luar Indonesia
- YA, mohon mengisi Formulir Pernyataan Persetujuan Atas Pengungkapan Informasi Perpajakan Asing Perorangan/Badan Usaha.

### RINCIAN DATA PERUBAHAN (wajib diisi)

- Rincian data perubahan poin A-E wajib diisi untuk pengajuan Pemulihan Polis dan Perubahan Pemegang Polis
- Rincian data perubahan poin A-E hanya diisi pada bagian yang diajukan perubahan untuk pengajuan Perubahan Data Pemegang Polis/Tertanggung/Peserta

#### A. Informasi Pekerjaan

Pertanyaan	Pemegang Polis	Tertanggung/Peserta
Nama		
Pekerjaan saat ini		
Jabatan		
Nama Perusahaan		
Bidang Usaha		
Rincian Tugas		
Alat bantu yang digunakan		

#### B. Data Fisik

		Tertanggung/Peserta	Pemegang Polis
a) Sebutkan tinggi/berat badan Anda saat ini	Tinggi Badan (cm)		
	Berat Badan (kg)		
b) Sebutkan tinggi/berat badan Anda tahun lalu	Tinggi Badan (cm)		
	Berat Badan (kg)		
c) Alasan perubahan tinggi/berat badan Anda, mohon jelaskan			

Nomor Polis:

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

**C. Data Pribadi dan Kebiasaan**

	Tertanggung/Peserta		Pemegang Polis	
	YA	TIDAK	YA	TIDAK
a) Apakah pernah permohonan asuransi dan/atau polis anda pernah ditolak, ditunda, dikenakan tambahan/ekstra premi/Kontribusi atau dikecualikan dari asuransi lain atau dirubah/dihentikan oleh perusahaan Asuransi?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Apakah anda sedang mendapatkan manfaat atas ketidakmampuan untuk bekerja atau Anda pernah mengajukan klaim atas ketidakmampuan, kecelakaan, perawatan medis atau juga penyakit kritis, atau manfaat lainnya?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Apakah Anda merokok atau menggunakan tembakau jenis apapun atau tembakau tanpa asap dalam 12 bulan terakhir ? Jika "YA" - Rokok : ___ batang/hari, sejak: _____ - Rokok Elektrik : ___ ml/hari, sejak: _____ - Tanpa asap tembakau, berapa banyak paket yang ada konsumsi per hari: ___	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Apakah Anda memiliki hobi/kegiatan/aktifitas yang berisiko tinggi termasuk yang berkaitan dengan pekerjaan Anda?(contoh: terjun payung, mendaki gunung, menyelam, balap Mobil/motor/ kendaraan lainnya, penerbangan, gantole,caving,dan lain-lain)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Apakah Anda mengkonsumsi minuman alkohol?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Apakah anda pernah memiliki kebiasaan mengkonsumsi obat-obatan atau telarang/narkotika/obat penenang, atau pernah direhabilitasi atau melakukan konsultasi untuk masalah narkoba?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Jika "YA", mohon jelaskan

--

**D.1. Data Kesehatan**

	Tertanggung/Peserta		Pemegang Polis	
	YA	TIDAK	YA	TIDAK
a) Apakah Anda pernah menerima/menjalani perawatan medis atau diresepkan obat untuk kondisi penyakit selain kondisi ringan seperti pilek atau flu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Apakah Anda : 1. Pernah dianjurkan untuk pemeriksaan medis terkait kendala kesehatan Anda? 2. Sedang menunggu hasil/test investigasi mengenai kesehatan Anda? 3. Pernah dirawat/dioperasi?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Khusus untuk Tertanggung/Peserta anak < 5 tahun: Apakah ada komplikasi saat dilahirkan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Jika "YA", mohon jelaskan

--

**D.2. Data Kesehatan Khusus Wanita**

	Tertanggung/Peserta		Pemegang Polis	
	YA	TIDAK	YA	TIDAK
Apakah Anda saat ini sedang hamil? Sebutkan kehamilan keberapa dan hari pertama haid terakhir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Jika "YA", mohon jelaskan

--





