









2. Mendapat semua penilaian medis dan hasil yang dibutuhkan oleh AFI dari perusahaan atau semua petugas kesehatan atau Laboratorium yang ditunjuk dalam rangka mengevaluasi status kesehatan yang berhubungan dengan Tertanggung atau semua orang yang ditanggung yang berhubungan dengan klaim ini.

Pernyataan dan Kuasa ini mengikat kepada ahli waris dan penerima kuasa dan tetap berlaku walaupun Tertanggung telah meninggal dunia atau cacat. Salinan dari pernyataan ini sama sahnya seperti aslinya.

Saya menyatakan bahwa informasi yang Saya berikan disini sehubungan dengan pengkinian data Saya adalah benar data pribadi Saya dan oleh karenanya Saya berwenang penuh untuk memberikan izin kepada AFI untuk menggunakan dan mengungkapkan data pribadi Saya (termasuk pengkinian data Saya selanjutnya) kepada penyedia layanan pihak ketiga AFI atau pihak lainnya dalam hubungannya dengan kepemilikan polis Saya di AFI, dalam rangka memberikan pelayanan yang sesuai dengan produk yang telah Saya beli dan mengizinkan AFI dan Tenaga Pemasar yang Bersangkutan untuk menghubungi Saya untuk memberikan informasi mengenai produk dan pelayanan melalui saluran komunikasi yang telah Saya berikan.

Dalam hal informasi, data, dokumen, surat-surat yang Saya sampaikan di dalam Permintaan Klaim ternyata salah atau tidak benar dalam segala aspek dan dapat dibuktikan, maka AFI berhak untuk membatalkan/mengakhiri Polis atau tidak membayarkan manfaat asuransi kepada ahli waris Tertanggung, dan karenanya AFI dibebaskan dari segala gugatan, tuntutan atau permintaan ganti rugi dalam bentuk apapun dari pihak-pihak yang merasa memiliki kepentingan atas manfaat asuransi sehubungan dengan pembatalan/pengakhiran serta penolakan untuk membayarkan manfaat asuransi.

**G. Pernyataan Khusus untuk Termaalhat atau Pihak lain yang tidak pernah menandatangani SPAJ/SPAK**

1. Saya selaku Termaalhat atau Pihak Lainnya yang tidak menandatangani Surat Permintaan Asuransi Jiwa/Surat Permintaan Asuransi Kesehatan ("SPAJ/SPAK") ("Saya") menyatakan dan memahami bahwa sebagai bagian dari proses Permintaan Permohonan Asuransi/Pemulihan Polis/Perubahan Polis dan keberlangsungan Polis, Pemegang Polis, Tertanggung, Pembayar Premi dan/atau pihak terkait lainnya yang telah memberikan data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan/atau fakta kepada PT AXA Financial Indonesia ("AFI"), sebagaimana tercantum dalam SPAJ/SPAK, Formulir Pemulihan Polis, Formulir Perubahan Polis serta setiap Formulir dan dokumen lainnya (termasuk setiap dokumen atau Formulir yang diberikan kepada AFI setelah berlakunya Polis) ("**Dokumen Permohonan**"), yang mana yang sesuai dengan keadaannya (seluruhnya disebut sebagai "**Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya**").
2. Saya dengan ini menyatakan bahwa Saya tidak berhak dan tidak akan membantah, menyanggah, mempertanyakan dan/atau memperlakukan kebenaran Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya. Saya juga menyatakan bahwa Saya menerima seluruh ketentuan Polis (termasuk Endosemen, jika ada).
3. Saya menyatakan dan menjamin bahwa semua data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan/atau fakta yang Saya berikan dalam Formulir Klaim ini, serta setiap Formulir dan dokumen lainnya yang disyaratkan oleh AFI sebagai bagian dari Permintaan Klaim Manfaat Asuransi ("**Informasi Nasabah**"), adalah lengkap, benar, akurat, terkini, sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan konsisten antara satu dengan lainnya, dan tidak ada informasi Nasabah yang Saya sembunyikan.
4. Apabila sebagian atau seluruh Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya; dan/atau Informasi Nasabah ternyata tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini, tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya, atau terdapat Informasi Nasabah yang Saya sembunyikan, dengan menandatangani Formulir Klaim ini, Saya SEPAKAT DAN MENYETUJUI jika AFI melakukan hal-hal berikut ini:
  - a. Menolak setiap Klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
  - b. Melakukan penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), dan menyesuaikan uang pertanggungan, dan/atau menyesuaikan Jumlah Premi atau Biaya Asuransi yang harus dibayar; dan/atau
  - c. Menagih kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), Jumlah Premi dan/atau Biaya Asuransi yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. AFI juga berhak untuk melakukan perjumpaan (*set-off*) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan Nilai Tunai yang ada dalam Polis dan/atau Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan (jika ada).

**PERNYATAAN PEMOHON KLAIM**

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan pertanyaan tersebut diatas dengan benar dan lengkap **SERTA** menyetujui segala hal yang tercantum pada bagian **F dan G**.

Ditandatangani di: \_\_\_\_\_

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

Pemegang Polis	Tertanggung	Seluruh Termaalhat atau Pihak lainnya*			
		(Jika Pemegang Polis telah meninggal dunia)			
		Termaalhat 1	Termaalhat 2	Termaalhat 3	Termaalhat 4
( Nama )	( Nama )	( Nama )	( Nama )	( Nama )	( Nama )
<b>Tanda tangan dan Nama Jelas</b>	<b>Tanda tangan dan Nama Jelas</b>	<b>Tanda tangan dan Nama Jelas</b>			

*\*) Seluruh Termaalhat wajib menandatangani Form Klaim Manfaat Asuransi, apabila area tidak cukup, silakan untuk di tanda tangan di area yang kosong*



### KETERANGAN DAN KRONOLOGIS KECELAKAAN

PEMBERI KETERANGAN	DATA TERTANGGUNG
Nama : _____	Nama Tertanggung : _____
Tanggal lahir : _____	Tanggal lahir : _____
NIK : _____	Produk / Plan : _____
Nomor telepon : _____	Nomor Polis : _____
Hubungan dengan Tertanggung: <b>diri sendiri / suami/istri / orang tua / keluarga (silakan pilih)</b>	

Tanggal kejadian : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Waktu kejadian (jam:menit) : \_\_\_\_\_  
 Lokasi kejadian : \_\_\_\_\_

Jenis kecelakaan/ Trauma (Mohon diisi dan beri centang pada kotak di tabel berikut)	
Kecelakaan lalu lintas <input type="checkbox"/>	1. Jenis kendaraan: <b>Mobil / Motor / Lainnya:.....*</b> 2. <b>Apakah dilaporkan ke pihak Kepolisian: Ya / Tidak*</b> (jika ya mohon untuk lampirkan laporan tersebut) 3. Apakah bertanggung sebagai: <b>Pengemudi / Penumpang / Pejalan Kaki*</b> Apabila Tertanggung sebagai pengemudi, apakah: <ul style="list-style-type: none"> <li>Jenis SIM Aktif yang dimiliki: <b>A / B1 / B2 / C / Lainnya:.....*</b></li> <li>Jika kecelakaan motor, apakah Tertanggung menggunakan helm: <b>Ya / Tidak*</b></li> <li>Jika kecelakaan mobil (sebagai pengemudi/penumpang bangku depan), apakah Tertanggung menggunakan sabuk pengaman: <b>Ya / Tidak*</b></li> </ul> <i>*) Silakan pilih salah satu yang sesuai</i>
Kecelakaan kerja <input type="checkbox"/>	1. Apakah ada perlindungan BPJS TK: <b>Ya / Tidak*</b> 2. Apakah ada perlindungan/ jaminan dari Jasa Raharja: <b>Ya / Tidak*</b> <i>*) Silakan pilih salah satu yang sesuai</i>
Olahraga <input type="checkbox"/>	Apakah Tertanggung adalah Atlet profesional yang berhubungan dengan kecelakaan saat ini: Ya / Tidak (pilih salah satu)
Kecelakaan lainnya <input type="checkbox"/>	Mohon penjelasannya kolom kronologi pada bagian selanjutnya
Apakah kecelakaan atau trauma yang dialami Tertanggung berkaitan dengan hal-hal ini: (mohon pilih Ya/Tidak yang sesuai dengan kecelakaan saat ini)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tindakan perkelahian: <b>Ya / Tidak</b></li> <li>Penyakit kejiwaan atau gangguan mental: <b>Ya / Tidak</b></li> <li>Penyalahgunaan alkohol/Penyalahgunaan obat-obatan: <b>Ya / Tidak</b></li> <li>Upaya bunuh diri: <b>Ya / Tidak</b></li> <li>Kegiatan olahraga yang menerima hadiah/gaji/penggantian biaya: <b>Ya / Tidak</b></li> <li>Olahraga profesional: <b>Ya / Tidak</b></li> <li>Olahraga ekstrim atau berbahaya: <b>Ya / Tidak</b></li> <li>Lain-lain, sebutkan.....</li> </ul>

Mohon ceritakan kronologis kecelakaan/ trauma yang dialami secara detail.

Demikian Saya telah memberikan keterangan dengan sejelas-jelasnya dan sebenar-benarnya atas Tertanggung tersebut diatas.

Tanggal: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tanda tangan dan nama jelas

\_\_\_\_\_