



**FORMULIR PENGAJUAN PENAMBAHAN RIDER EASY HEALTH/EASY HEALTH SYARIAH DAN/ATAU AXA  
CRITICAL CARE/AXA CRITICAL CARE SYARIAH  
APPLICATION FORM FOR ADDITION OF RIDER EASY HEALTH/EASY HEALTH SYARIAH AND/OR AXA  
CRITICAL CARE/AXA CRITICAL CARE SYARIAH**

Saya yang bertanda-tangan dibawah ini  
*I the undersigned below*

Nomor Polis : .....  
*Policy Number*

Nama Pemegang Polis/Peserta : .....  
*Policy Holder Name*

Nama Tertanggung/Peserta yang  
Diasuransikan : .....  
*Insured Name*

No. KTP/Identitas  
Pemegang Polis/Peserta : .....  
*Policy Holder ID Number*

Alamat Koresponden\* : .....  
*Address Correspondence \**

.....

.....

E-mail\* : .....

Nomor Telepon\* : .....  
*Phone Number \**

\*) Data Alamat Korespondensi, Email, dan Nomor Telepon Anda akan diubah sesuai dengan isi Surat Pernyataan ini  
*Your Correspondence Address, Email, and Telephone Number data will be changed according to the contents of this Statement Letter*

Dengan ini mengajukan penambahan Rider Easy Health/Easy Health Syariah dan/atau AXA Critical Care/AXA Critical Care Syariah dengan plan sebagai berikut:  
*In this occasion, applying adding Rider Easy Health/Easy Health Syariah and/or AXA Critical Care/AXA Critical Care Syariah on some plan, there are:*

**Easy Health**

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Titanium 1<br>Health 1<br>Bronze 1 | <input type="checkbox"/> Titanium 2<br>Health 2<br>Bronze 2 | <input type="checkbox"/> Titanium 3<br>Health 3<br>Bronze 3 | <input type="checkbox"/> Titanium 4<br>Health 4<br>Bronze 4 |
|---|---|---|---|

**Easy Health Syariah**

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Health 1<br>Bronze 1 | <input type="checkbox"/> Health 2<br>Bronze 2 | <input type="checkbox"/> Health 3<br>Bronze 3 | <input type="checkbox"/> Health 4<br>Bronze 4 |
|---|---|---|---|

**AXA Critical Care/AXA Critical Care Syariah**

- |                                  |                               |                                  |
|----------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diamond | <input type="checkbox"/> Ruby | <input type="checkbox"/> Emerald |
|----------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|









	Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan		Jika "Ya" mohon jelaskan dengan lengkap
	Ya	Tidak	
<b>7 Hati, Perut, Usus</b>			
o Apakah Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan pernah/sedang terdiagnosa Penyakit Hepatitis B?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o Apakah Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan pernah/sedang terdiagnosa Penyakit Hepatitis C?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o Apakah Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan pernah/sedang terdiagnosa Sirosis Hati?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o Apakah Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan pernah/sedang terdiagnosa <i>Colitis Ulcerativa</i> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o Apakah Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan pernah/sedang terdiagnosa <i>Polyp Colon</i> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o Apakah Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan pernah/sedang mengalami kondisi dimana tes fungsi hati meningkat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o Apakah Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan sedang/pernah didiagnosa menderita penyakit hati, perut, usus, atau organ pencernaan lainnya selain yang disebutkan di atas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o Jika Ya, sebutkan diagnosanya .....			
o Kapan terdiagnosa? .....			
o Obat-obatan apa saja yang diberikan .....			
o Pengobatan apa saja yang sudah diberikan/dilakukan serta nama rumah sakit dan dokter yang merawat? .....			
<b>8 Tulang dan Otot</b>			
o Apakah Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan pernah/sedang terdiagnosa Arthritis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o Apakah Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan pernah/sedang terdiagnosa Rheumatoid Arthritis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o Apakah Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan pernah/sedang terdiagnosa Prolaps Ruas Tulang Belakang ( <i>Prolapsed Intervertebral Disc</i> ), <i>Spondylitis/Spondylosis</i> atau kelainan tulang belakang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o Apakah Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan pernah/sedang didiagnosa menderita Penyakit Tulang Dan Otot selain yang disebutkan diatas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o Jika Ya, sebutkan diagnosanya .....			
o Kapan terdiagnosa? .....			
o Obat-obatan apa saja yang diberikan .....			
o Pengobatan apa saja yang sudah diberikan/dilakukan serta nama rumah sakit dan dokter yang merawat? .....			
<b>9 Ginekologis</b>			
o Apakah Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan pernah/sedang menderita Myoma ( <i>Uterine Fibroids</i> )?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o Apakah Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan pernah/sedang menderita Kista Ovarium?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o Apakah terdapat benjolan pada payudara Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o Apakah Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan sedang/pernah didiagnosa menderita Penyakit Ginekologis selain yang disebutkan di atas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o Jika Ya, sebutkan diagnosanya .....			
o Kapan terdiagnosa? .....			
o Obat-obatan apa saja yang diberikan .....			
o Pengobatan apa saja yang sudah diberikan/dilakukan serta nama rumah sakit dan dokter yang merawat? .....			
<b>10 Darah</b>			
o Apakah Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan pernah/sedang menderita <i>Thalassemia</i> atau <i>Anemia</i> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o Apakah Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan pernah/sedang menderita <i>Leukemia</i> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o Apakah Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan pernah/sedang menderita <i>Haemophilia</i> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o Apakah Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan pernah/sedang menderita HIV atau AIDS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o Apakah Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan sedang/pernah didiagnosa menderita Penyakit Kelainan Darah selain yang disebutkan di atas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o Jika Ya, sebutkan diagnosanya .....			
o Kapan terdiagnosa? .....			
o Obat-obatan apa saja yang diberikan .....			
o Pengobatan apa saja yang sudah diberikan/dilakukan serta nama rumah sakit dan dokter yang merawat? .....			
<b>11 Darah Tinggi/Hipertensi/Dyslipidemia</b>			
o Apakah Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan pernah/sedang terdiagnosa menderita Darah Tinggi/Hipertensi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o Apakah Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan pernah/sedang terdiagnosa menderita <i>Dyslipidemia</i> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>12 Telinga, Hidung, Tenggorokan, Mata</b>			
o Apakah Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan pernah/sedang terdiagnosa penyakit pada Telinga, Hidung, Tenggorokan dan Mata?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o Jika Ya, sebutkan diagnosanya .....			
o Kapan terdiagnosa? .....			
o Obat-obatan apa saja yang diberikan .....			
o Pengobatan apa saja yang sudah diberikan/dilakukan serta nama rumah sakit dan dokter yang merawat? .....			



	Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan		Jika "Ya" mohon jelaskan dengan lengkap
	Ya	Tidak	
<b>13 Kelainan Bawaan</b> o Apakah Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan pernah/sedang terdiagnosa Penyakit/Kelainan Bawaan? □ Jika Ya, sebutkan diagnosanya ..... □ Kapan terdiagnosa? ..... □ Obat-obatan apa saja yang diberikan ..... □ Pengobatan apa saja yang sudah diberikan/dilakukan serta nama rumah sakit dan dokter yang merawat? .....	□	□	

### IX c. Sejarah Kesehatan Keluarga

Apakah Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan memiliki **kerabat tingkat pertama** (ayah, ibu, saudara laki-laki, saudara perempuan, anak-anak) atau **keluarga** (paman, bibi, kakek, nenek, keponakan, sepupu) yang menderita/memiliki riwayat Kanker, Diabetes, Hipertensi, Penyakit Jantung, Penyakit Ginjal, Polikistik Ginjal, Gangguan Mental atau Saraf, Stroke sebelum berusia 60 (enam puluh) tahun?

Tidak       Ya      Jika Ya, silahkan di isi tabel di bawah ini:

Hubungan dengan Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan	Penyakit / Kondisi	Usia pada saat terkena penyakit	Usia pada saat ini	Usia pada saat meninggal	Sebab Meninggal
1. Ayah					
2. Ibu					
3. Anak					
4. Saudara Laki-Laki					
5. Saudara Perempuan					
6. Keluarga Lainnya: .....					

### IX d. Dokter yang Sering Dikonsultasikan

Oleh Calon Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan:

Nama Dokter	Alamat Praktik	Untuk Pengobatan
1.		
2.		
3.		

### IX e. Informasi Pemeriksaan Lainnya

Selain dari yang sudah Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan nyatakan kepada kami, apakah Anda menjalani atau sedang menunggu atau telah dianjurkan untuk menjalani tes atau pemeriksaan kesehatan, selain untuk pengajuan asuransi ini?

Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan		Jika "Ya" mohon jelaskan dengan lengkap
Ya	Tidak	
□	□	

### IX f. Pertanyaan Domisili

Apakah Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan sedang atau berencana tinggal di luar negeri lebih dari dan/atau sama dengan 6 (enam) bulan berturut-turut?

Tidak       Ya      Jika Ya, mohon sebutkan nama negara tersebut

.....





**Catatan Penting :**  
**Important Notes :**

1. Melengkapi salinan KTP/Identitas Pemegang Polis/Peserta  
*Complete a copy of the KTP/Policy Holder Identity as well*
2. Penambahan Rider dapat dilakukan mulai dari tahun polis ke-2 (dua) dan rider tersebut akan mulai berlaku pada saat Ulang Tahun Polis  
*Rider additon is applicable starting from Policy Year 2 (two) and the rider will be effective on Policy Anniversary*
3. Melampirkan Proposal  
*To attach a new proposal*

**Pernyataan dan Kuasa:**  
**Authority and Statement:**

Dengan ini Saya/Kami menyatakan dan menyetujui bahwa :  
In this Occasion, I/We declare and Agree that :

1. Telah membaca, mengerti dan mengisi semua pertanyaan pada formulir ini dengan jujur, lengkap dan sesuai dengan keadaan sebenarnya.  
*Has been read, understand and fill all the questions on this form with the honesty, complete, and based on true condition.*
2. Informasi yang Saya/Kami berikan disini sehubungan dengan pengkinian data Saya/Kami adalah benar data pribadi Saya/Kami dan oleh karenanya Saya/Kami berwenang penuh untuk memberikan izin kepada AFI untuk menggunakan dan mengungkapkan data pribadi Saya/Kami (termasuk pengkinian data Saya/Kami selanjutnya kepada penyedia layanan pihak ketiga AFI dalam rangka memberikan pelayanan yang sesuai dengan produk yang telah Saya/Kami beli dan mengizinkan AFI untuk menghubungi Saya/Kami untuk memberikan informasi mengenai produk dan pelayanan melalui saluran komunikasi yang telah Saya/Kami berikan).  
*Information that I/we give in here has been related to the contact information updated is true based on our privacy data and because of that I/We have an authority will give a permission to AFI using our privacy data (including contact information updated to the 3rd side of AFI in effort give a service based on the product I/we bought dan giving a permission AFI to contacted I/We to giving an information about the service and product by the communication channel that I/We give).*

---

Materai Rp 10.000,-  
Stamp duty

---

Pemegang Polis/Peserta  
Policy Holder

---

Tertanggung/Peserta yang Diasuransikan  
Insured

PT AXA Financial Indonesia berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

**PT AXA Financial Indonesia**

**Customer Care Centre**

AXA Tower Lt.18  
Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia  
e-mail: [customer@axa-financial.co.id](mailto:customer@axa-financial.co.id)  
Link Live Chat: [www.axa.co.id](http://www.axa.co.id)



**Head Office**

AXA Tower Lt. 17  
Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia  
Tel: +62 21 5093 6000



Nomor Polis

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

Nama Pemegang Polis

--

**SURAT PERNYATAAN**  
Permintaan Pemulihan Polis/Perubahan Polis

Saya selaku pihak yang menandatangani Surat Pernyataan Permintaan Pemulihan Polis/Perubahan Polis menyatakan:

1. Saya memahami bahwa saya memiliki kewajiban untuk bertindak dengan iktikad terbaik (*utmost good faith*) dalam setiap Permintaan Pemulihan Polis/Perubahan Polis. Oleh karena itu, Saya memahami bahwa Saya wajib mengungkapkan secara benar dan lengkap semua fakta material, yaitu data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan fakta ("**Informasi Nasabah**") yang dapat mempengaruhi pertimbangan PT AXA Financial Indonesia ("**AFI**") dalam menerima atau menolak permintaan tersebut dan/atau menetapkan jumlah Premi.
2. Saya menyatakan dan menjamin bahwa semua Informasi Nasabah yang saya berikan dalam Formulir Pemulihan Polis/Perubahan Polis ini, serta setiap Formulir dan dokumen lainnya yang disyaratkan oleh AFI ("**Dokumen Permohonan**") sebagai bagian dari Permintaan Pemulihan Polis/Perubahan Polis adalah lengkap, benar, akurat, terkini, sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan konsisten antara satu dengan lainnya, dan tidak ada Informasi Nasabah yang Saya sembunyikan, baik dengan sengaja maupun tidak sengaja. Apabila suatu Informasi Nasabah tersebut ternyata tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini, tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya, atau terdapat suatu Informasi Nasabah yang Saya sembunyikan, dengan menandatangani Surat Pernyataan Permintaan Pemulihan Polis/Perubahan Polis 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) Membatalkan Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada Asuransi/Polis Dasar/Pertanggungjawaban Tambahan/Polis Tambahan) dengan pengembalian Premi (atau Biaya Asuransi dari Asuransi/Polis Dasar/Pertanggungjawaban Tambahan/Polis Tambahan) yang telah dibayarkan setelah dikurangi dengan biaya internal pemeriksaan kesehatan, Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan dan biaya-biaya yang timbul pada saat penerbitan Polis (jika ada);
  - c) Mengakhiri Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada Asuransi/Polis Dasar/Pertanggungjawaban Tambahan/Polis Tambahan), tanpa kewajiban untuk mengembalikan Premi dan/atau Biaya Asuransi, apabila terdapat unsur penipuan, pemalsuan, atau kesalahan yang disengaja dalam pemberian setiap Informasi Nasabah yang tercantum dalam Dokumen Permohonan, atau apabila terdapat penyembunyian suatu Informasi Nasabah yang sebenarnya dalam Dokumen Permohonan. Atas pengakhiran tersebut, Saya juga menyetujui bahwa AFI hanya akan membayarkan Nilai Tunai (khusus untuk Produk Asuransi yang dikaitkan dengan Investasi), jika ada.
  - d) Melakukan penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), dan menambahkan syarat dan ketentuan tambahan ke dalam Polis (baik Asuransi/Polis Dasar/Pertanggungjawaban Tambahan/Polis Tambahan), termasuk menambahkan risiko yang dikecualikan, menyesuaikan Uang

**PT AXA FINANCIAL INDONESIA**

Customer Care Centre  
AXA Tower Lt. 18  
Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia  
Email: customer@axa-financial.co.id

Head Office  
AXA Tower Lt. 17  
Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia  
Telp: +62 21 5093 6000





Pertanggung, dan/atau menyesuaikan jumlah Premi atau Biaya Asuransi yang harus dibayar; dan/atau

- e) 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 Saya dan/atau Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan; atas hal tersebut, Saya wajib membayarkan (jika ada) kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi.

3. Sehubungan dengan klausul Pembatalan atau Pengakhiran Polis sebagaimana disebutkan di atas, Saya dengan ini menegaskan bahwa:

- a) Penandatanganan Surat Pernyataan Pemulihan Polis/Perubahan Polis ini oleh Saya merupakan bentuk persetujuan atas pembatalan atau pengakhiran Polis oleh AFI jika terjadi hal-hal yang dimaksud dalam butir [2]; dan
- b) Saya setuju untuk mengesampingkan ketentuan Pasal 1266 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata dan/atau ketentuan peraturan perundang-undangan lainnya yang mensyaratkan pengakhiran atau pembatalan Polis harus dilakukan berdasarkan putusan pengadilan.

Saya menyetujui isi dari Surat Pernyataan ini dan saya memahami bahwa Surat Pernyataan ini sebagai dokumen yang tidak dapat terpisahkan dari dokumen Formulir Permintaan Pemulihan Polis/Perubahan Polis yang saya ajukan kepada AFI. Saya menandatangani Surat Pernyataan ini dengan keadaan sadar dan tanpa ada pemaksaan dari pihak manapun.

Nama Pemegang Polis

Tanda Tangan

Tanggal

**PT AXA FINANCIAL INDONESIA**

Customer Care Centre  
AXA Tower Lt. 18  
Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia  
Email: [customer@axa-financial.co.id](mailto:customer@axa-financial.co.id)



**Head Office**

AXA Tower Lt. 17  
Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia  
Telp: +62 21 5093 6000