



# Surat Pernyataan Pemegang Polis Maestro Optima Care dan Maestro Elite Care

## Statement Letter Policy Owner Maestro Optima Care and Maestro Elite Care

### (Upgrade/Downgrade Plan, Reinstatement)

Mohon dapat memberikan tanda centang (✓) untuk permohonan yang diajukan (dapat memilih lebih dari satu)  
(Please give remark (✓) for you applying (you can choose more than one))

Saya yang bertandatangan di bawah ini (I the undersigned below):

Nomor Polis (Policy Number): \_\_\_\_\_

Nama Pemegang Polis (Policy Holder Name): \_\_\_\_\_

Nama Tertanggung (Insured Name): \_\_\_\_\_

No. KTP/Identitas lain berlaku (Valid ID Number): \_\_\_\_\_

Alamat Korespondensi (Address Correspondence)\*: \_\_\_\_\_

Nomor Telepon (Phone Number)\*: \_\_\_\_\_

\*) Data Alamat Korespondensi dan Nomor Telepon di atas akan dianggap sebagai data terkini. Data di sistem PT AXA Financial Indonesia akan disesuaikan dengan data di atas.  
(Correspondence Address and Phone Number data will be considered current data. The data in PT AXA Financial Indonesia's system will be adjusted to the data above.)

Dengan ini mengajukan permohonan sebagai berikut (In this Occasion, here are I apply):

Naik Plan (Upgrade Plan)

Turun Plan (Downgrade Plan)

Plan yang diinginkan (Plan option): \_\_\_\_\_

Mohon menjawab Pertanyaan sesuai Polis Anda (Please answer the question according to your Policy)

### Maestro Optima Care

1. Apakah Anda atau Tertanggung sedang merencanakan/mendapat/disarankan untuk berpergian ke luar wilayah yang dipertanggungkan dalam Plan Anda untuk mendapatkan perawatan/perhatian medis/diagnosa medis atas gejala yang dialami dalam waktu 5 (lima) tahun terakhir, baik sudah ataupun belum mendapatkan perawatan/perhatian medis/diagnosa medis?  
(Are you or anyone else insured are planning or have you or any of the insured obtained, or been advised to travel outside the area of cover shown for your plan, for medical treatment or medical attention or any medical condition diagnosed of for any symptoms experienced, in the past five (5) years, whether or not attentions has been sought?)

Ya (Yes)

Tidak (No)

Jika "Ya", Jelaskan secara detail (termasuk tanggal, bulan, dan tahun):

(If "Yes", Please explain in the details (include date, month, and year)):

2. Apakah Anda atau Tertanggung berdasarkan Polis ini pernah mendapatkan saran medis, didiagnosa atau mendapatkan pengobatan untuk kondisi-kondisi berikut : Tumor Otak, Kanker, Diabetes, Hepatitis B, Hepatitis C, Gagal Hati/Sirosis Hati, Stroke, Penyakit Jantung\*, Gagal Ginjal, Lupus Eritematosus Sistemik, Multiple Sclerosis, Penyakit Paru Obstruktif Kronis dan Kondisi Kejiwaan?

\*) Mengacu pada Serangan Jantung, Gagal Jantung, Penyakit Jantung Koroner, Penyakit Jantung Iskemik, Penyakit Katup Jantung, Aritmia Jantung.

PT AXA Financial Indonesia berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

1 dari 4 | POS/013/02/02/2024

#### 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  
Link Live Chat: 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





(Have you or anyone else insured under this policy ever been advised, or been diagnosed, or treated for any of the following conditions: Brain Tumor, Cancer, Diabetes, Hepatitis B, Hepatitis C, Liver Failure/Liver Cirrhosis, Stroke, Heart Diseases\*, Kidney Failure, Systemic Lupus Erythematosus, Multiple Sclerosis, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, and Psychiatric Condition?)

\*) Heart disease refers to heart attack, heart failure, coronary artery disease, ischemic heart disease, heart valvular disease, cardiac arrhythmia.

Ya (Yes)  Tidak (No)

Jika "Ya", Jelaskan secara detail (termasuk tanggal, bulan, dan tahun):

---

(If "Yes", Please explain in the details (include date, month, and year)):

---

**Maestro Elite Care**

#### Pernyataan Kesehatan (Medical Statement)

1. Apakah Tertanggung pernah menjalani perawatan di Rumah Sakit atau pernah melakukan konsultasi dengan Dokter Spesialis atau Dokter Umum, dan atau pernah mengajukan klaim atau kondisi medisnya ke PT AXA Financial Indonesia, dan atau Asuransi lainnya dalam 12 bulan terakhir?

(Have Insured had treatment in hospital or consulted a Specialist or General Practitioner and or submit claim due to his/her medical condition to PT AXA Financial Indonesia or other insurance company in the last 12 months?)

Ya (Yes)  Tidak (No)

Jika "Ya", Jelaskan secara detail (termasuk tanggal, bulan, dan tahun):

---

(If "Yes", Please explain in the details (include date, month, and year)):

---

2. Apakah Tertanggung sedang konsultasi, perawatan medis dan pengobatan, penelusuran diagnosis penyakit untuk gejala atau kondisi yang sedang dialami, dan atau dalam perencanaan untuk melakukan pemeriksaan penunjang (laboratorium, radiologi, dll) yang dirujuk oleh Dokter Spesialis atau Dokter Umum?

(Does Insured currently have any consultation, treatment, investigation or test planned or pending (this applies whether it is to be provided by a Specialist or General Practitioner?))

Ya (Yes)  Tidak (No)

Jika "Ya", Jelaskan secara detail (termasuk tanggal, bulan, dan tahun):

---

(If "Yes", Please explain in the details (include date, month, and year)):

---

PT AXA Financial Indonesia berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

2 dari 4 | POS/013/02/02/2024

#### 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



## Pemulihan (Reinstatement)

Menyatakan bahwa (Declare that)

1. Apakah Tertanggung pernah mendapatkan saran medis, didiagnosa, dirawat atau mendapatkan pengobatan untuk kondisi-kondisi berikut: Tumor Otak, Tumor (benjolan) Jinak atau Ganas (termasuk Kista), Kanker, Tekanan Darah Tinggi, Diabetes, Hepatitis B, Hepatitis C, Gagal Hati/Sirosis Hati, Penyakit yang berhubungan dengan otak dan pembuluh darah otak, Stroke, Penyakit Jantung\*, Gagal Ginjal, Lupus Eritematosus Sistemik (Systemic Lupus Erythematosus), Multiple Sclerosis, Penyakit Paru Obstruktif Kronis (Chronic Obstructive Pulmonary Disease), Tulang Belakang dan Kelainan Saraf Tulang Belakang, Osteoporosis, Osteonecrosis, Parkinson?

\*) Mengacu pada Serangan Jantung, Gagal Jantung, Penyakit Jantung Koroner, Penyakit Jantung Iskemik, Penyakit Katup Jantung, Aritmia Jantung.

*(Has Insured ever been advised, or been diagnosed, or treated for any of the following conditions: Brain Tumor, Tumor ( Lump ) Benign or Malignant, Cancer, High Blood Pressure, Diabetes, Hepatitis B, Hepatitis C, Liver Failure/Liver Cirrhosis, diseases related to the brain and cerebral blood vessels, Stroke, Heart Disease\*, Kidney Disease or Failure, Systemic Lupus Erythematosus, Multiple Sclerosis, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Spinal Disorder, Spinal Cord Disorders, Osteoporosis, Osteonecrosis, Parkinson?)*

\*) Heart disease refers to heart attack, heart failure, coronary artery disease, ischemic heart disease, heart valvular disease, cardiac arrhythmia.

Ya (Yes)

Tidak (No)

Jika "Ya", Jelaskan secara detail (termasuk tanggal, bulan, dan tahun):

*(If "Yes", Please explain in the details (include date, month, and year)):*

2. Apakah Tertanggung sedang memiliki suatu gejala atau kondisi dimana dalam waktu 12 bulan kedepan Tertanggung telah/akan berencana/direncanakan untuk melakukan pembedahan atau perawatan/pengobatan medis berkaitan dengan gejala atau kondisi medis tersebut?

*(Has Insured had any ongoing symptoms or conditions for which surgical or medical treatment is planned or will be planned to take place within the next twelve (12) months?)*

Ya (Yes)

Tidak (No)

Jika "Ya", Jelaskan secara detail (termasuk tanggal, bulan, dan tahun):

*(If "Yes", Please explain in the details (include date, month, and year)):*

3. Selama 6 ( enam ) bulan terakhir pernahkah Anda disarankan oleh Praktisi Medis atau Profesional Kesehatan untuk menerima pengobatan atau pernahkah Anda menerima pengobatan atau suntikan berulang baik diresepkan maupun tidak , dimana setidaknya-tidaknya 3 kali dalam seminggu dan selama minimum 3 minggu? (Tidak termasuk vitamin, suplemen makanan kesehatan, dan antioksidan).

*(During the past 6 months has the person to be insured been advised by a medical practitioner or health professional to take, or have you been taking any repeat medications or injections, whether prescribed or not, for at least 3 times per week and for a minimum of 3 weeks? (This excludes vitamins, food and health supplements and antioxidants).)*

Ya (Yes)

Tidak (No)

Jika "Ya", Jelaskan secara detail (termasuk tanggal, bulan, dan tahun):

*(If "Yes", Please explain in the details (include date, month, and year)):*

PT AXA Financial Indonesia berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

3 dari 4 | POS/013/02/02/2024

### 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

Link Live Chat: 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



www.axa.co.id



AXA Indonesia



axaindonesia



## Pernyataan dan Kuasa (*Statement and Authority*):

Dengan ini Saya menyatakan dan menyetujui bahwa (*In this Occasion, I declare dan 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. Saya membebaskan PT AXA Financial Indonesia dari segala bentuk tanggung jawab atas keluhan, pengaduan, tuntutan dan/atau permintaan ganti rugi dari pihak manapun sebagai akibat dari perubahan dalam Polis saya. PT AXA Financial Indonesia memiliki hak sepenuhnya untuk memutuskan diterima atau ditolaknya perubahan Polis yang saya ajukan. Dalam hal perubahan ditolak maka Polis tetap aktif dengan plan yang dipilih saat ini dan saya tetap berkewajiban untuk melakukan pembayaran premi berkala dan mematuhi ketentuan umum Polis. (*I release PT AXA Financial Indonesia from any liability for complaints, accusation, requisition and/or request for compensation from any party as a result of a changes of my Policy. PT AXA Financial Indonesia have full rights to decide whether accept or reject the proposal of changes Policy. In case the changes is rejected, then the Policy is still active with the currently selected plan and I still have an obligation to make regular premium payments and comply with the general provisions of the policy*).
3. Informasi mengenai data pribadi yang Saya sampaikan disini adalah data pribadi yang benar dan terbaru. Oleh karenanya, Saya berwenang penuh untuk memberikan izin kepada PT AXA Financial Indonesia untuk menggunakan dan mengungkapkan data pribadi tersebut kepada penyedia layanan pihak ketiga PT AXA Financial Indonesia dalam rangka memberikan pelayanan yang sesuai dengan produk yang telah Saya beli dan mengizinkan PT AXA Financial Indonesia untuk menghubungi serta memberikan informasi mengenai produk dan pelayanan melalui saluran komunikasi yang telah Saya berikan. (*The information regarding personal data that I convey here is personal data that is correct and latest. Therefore, I am fully authorized to give permission to PT AXA Financial Indonesia to use and disclose such personal data to PT AXA Financial Indonesia third party service providers in order to provide services that are in accordance with the products that I have purchased and allow PT AXA Financial Indonesia to contact and provide information about the product and service through communication channels that I have provided*).

Meterai  
(*Stamp duty*)

Pemegang Polis (*Policy Holder*)

Tertanggung (*Insured*)

### Catatan (*Note*):

1. Melampirkan bukti pembayaran Premi Pemulihan/Premi Perubahan (*Attach proof of payment of Premium Reinstatement/Policy Changes*)
2. Salinan Identitas Diri Pemegang Polis (*To attach a copy of the KTP/Policy holder identity*).

PT AXA Financial Indonesia berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

4 dari 4 | POS/013/02/02/2024

### 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







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