



# Formulir Permohonan SmartCare Executive

## Data Pemohon (\*) Wajib diisi sesuai Ketentuan PMK No.30/PMK.010/2010 tentang Prinsip Mengenal Nasabah

Nama Tertanggung\*

No KTP / SIM / Paspor / KITAS\*  
(copy harap dilampirkan)

Kewarganegaraan \*  WNI  WNA Negara Asal (bagi WNA)

Status Perkawinan  Kawin  Belum Kawin

Tempat / Tanggal lahir \*  /  -  -

Alamat (sesuai KTP)\*  
  
  
RT  RW  Kel   
Kec  Kode Pos   
Kota

Alamat saat ini \*  
  
  
RT  RW  Kel   
Kec  Kode Pos   
Kota

Nomor Telepon Genggam

Nomor Telepon Rumah

Nomor Telepon Kantor  Extension

No. Fax

Email

Pekerjaan\*  PNS  Anggota TNI/POLRI  Karyawan Swasta  Wirausaha  
 Lain2 Sebutkan

Nama Perusahaan/Instansi

Jenis Usaha

Jabatan \*

Darimana pembayaran premi bersumber? \*  Gaji  Hasil Usaha  
Lainnya

Total Pendapatan Kotor / Tahun (dalam Rupiah) \*  < 100 jt  100jt - 300jt  > 300 jt

(X100ca 09/11)

Penerima Manfaat

Hubungan dengan Tertanggung

(wajib diisi jika penerima manfaat bukan Tertanggung)

Nomor rekening untuk

pembayaran klaim

Bank

a/n

Apa tujuan berasuransi? \*

Perlindungan Terhadap Harta Kekayaan

Persyaratan Pinjaman

Lain-lain

Apakah Anda memiliki polis lain di perusahaan kami?

Ya

Tidak

Jika 'Ya', mohon disebutkan (isi di kertas terpisah jika kolom tidak mencukupi)

No	Nomor Polis	Jenis Pertanggungan
1		
2		
3		
4		
5		

## Data Pertanggungan

Tinggi dan Berat Badan Anda

cm

kg

Plan yang dipilih

IDR

US\$

Plan

Keterangan Keluarga (Hanya diisi bila mengambil Plan Keluarga)

	Nama Lengkap	Tanggal Lahir	L/P	Tinggi Badan	Berat Badan
Pasangan		/ /		cm	kg
Anak 1		/ /		cm	kg
Anak 2		/ /		cm	kg
Anak 3		/ /		cm	kg
Anak 4		/ /		cm	kg
Anak 5		/ /		cm	kg

Pekerjaan pasangan

## Pindah Asuransi

(hanya untuk calon tertanggung yang saat ini memiliki/ ingin pindah asuransi kesehatan perorangan/keluarga dari perusahaan asuransi lain)

Beri tanda  untuk jawaban yang dipilih

Harap lampirkan salinan undangan perpanjangan dan polis asuransi dari perusahaan asuransi sebelumnya

1. Apakah Anda atau anggota keluarga yang akan diasuransikan pernah dirawat di rumah sakit atau berkonsultasi dengan dokter spesialis dalam 12 bulan terakhir ini?

Anda	Anggota Keluarga
<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> YA
<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> TIDAK

2. Apakah Anda atau anggota keluarga yang akan diasuransikan pernah berkonsultasi, mendapatkan perawatan atau investigasi medis, merencanakan atau ada penundaan tes kesehatan baik dengan dokter umum atau spesialis?

<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> YA
<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> TIDAK

3. Apakah Anda atau anggota keluarga yang akan diasuransikan pernah mengalami serangan jantung, gagal ginjal, kanker, diabetes, masalah dengan alkohol dan obat-obat terlarang, gangguan kejiwaan termasuk depresi?

<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> YA
<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> TIDAK

Jika semua jawaban di atas adalah TIDAK, silakan abaikan bagian "Pertanyaan Umum dan Riwayat Kesehatan". **NAMUN** Silakan melengkapi bagian "Pertanyaan Umum dan Riwayat Kesehatan" jika salah satu dari jawaban di atas adalah YA atau Anda saat ini tidak diasuransikan di bawah asuransi kesehatan perorangan / keluarga dari perusahaan asuransi lain.

## Pertanyaan Umum dan Riwayat Kesehatan

Untuk pertanyaan No. 1 - 3, jika jawaban YA mohon dijelaskan lebih lanjut

1. Apakah Anda atau anggota keluarga yang akan diasuransikan pernah atau akan melakukan kegiatan berisiko seperti balap mobil/motor, menyelam, penerbangan pada tidak terjadwal/sewaan, atau yang berhubungan dengan perang, dll?

<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> YA
<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> TIDAK

2. Apakah Anda atau anggota keluarga yang akan diasuransikan memiliki polis asuransi di perusahaan lain? Jika YA mohon dituliskan nama perusahaan asuransi tersebut dan jenis asuransinya.

<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> YA
<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> TIDAK

3. Pernahkah permohonan asuransi Anda atau anggota keluarga yang akan diasuransikan ditolak, ditunda, atau diterima dengan syarat? Jika YA, tolong dijelaskan

<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> YA
<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> TIDAK

Untuk pertanyaan No. 4 - 9, jika jawaban YA mohon dijelaskan dengan lengkap keadaan lamanya diagnosa, tanggal perawatan, nama dan alamat dokter/rumah sakit yang merawat serta kondisi kesehatan saat ini.

4. Apakah anggota keluarga dekat dari Anda atau anggota keluarga yang akan diasuransikan pernah menderita sakit tuberkulosis (TBC), ginjal, jantung, stroke, tekanan darah tinggi, penyakit pembuluh darah, gangguan mental atau kanker?

<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> YA
<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> TIDAK

5. a) Apakah Anda atau anggota keluarga yang akan diasuransikan merokok dalam 12 bulan terakhir ini? Jika YA, berapa batang per hari?

<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> YA
<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> TIDAK

- b) Apakah Anda atau anggota keluarga yang akan diasuransikan mempunyai kebiasaan minum minuman yang beralkohol? Jika YA, sebutkan jenis dan berapa banyak.

<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> YA
<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> TIDAK

- c) Apakah Anda atau anggota keluarga yang akan diasuransikan pernah atau menggunakan zat atau obat penenang atau narkotika yang menyebabkan ketergantungan? Jika YA, sebutkan jenis dan berapa banyak.

<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> YA
<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> TIDAK

6. Apakah Anda atau anggota keluarga yang akan diasuransikan pernah mengajukan klaim untuk asuransi kesehatan, kecelakaan, ketidakmampuan atau jenis santunan lainnya?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Anda	Anggota Keluarga
<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> YA
<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Tidak

7. Apakah Anda atau anggota keluarga yang akan diasuransikan pernah mendapat perawatan karena atau menderita: Jika YA, beri penjelasan dan kapan terjadinya.

a) ayun (epilepsi), gangguan mental, depresi, penyakit jiwa/saraf lainnya?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> YA
<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> TIDAK

b) penyakit atau kelainan mata, hidung, tenggorokan, atau gangguan pendengaran atau penglihatan lainnya?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> YA
<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> TIDAK

c) tuberkulosis (TBC), penyakit saluran pernapasan atau paru-paru?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> YA
<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> TIDAK

d) demam rematik, tekanan darah tinggi, nyeri dada, sakit jantung, gangguan peredaran darah atau pembuluh darah atau kelainan darah lainnya?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> YA
<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> TIDAK

e) gangguan pencernaan, tukak lambung, penyakit apapun pada hati, kandung empedu atau usus?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> YA
<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> TIDAK

f) batu ginjal, atau penyakit apapun pada saluran kemih atau penyakit kelamin?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> YA
<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> TIDAK

g) kanker, tumor, kista atau pertumbuhan abnormal lainnya?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> YA
<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> TIDAK

h) kencing manis (diabetes), gagal ginjal, kelainan atau penyakit pada kelenjar gondok?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> YA
<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> TIDAK

i) rematik atau gangguan pada tulang atau persendian otot lainnya?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> YA
<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> TIDAK

j) AIDS atau gejala kompleks yang berkaitan dengan AIDS/ARC?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> YA
<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> TIDAK

k) gangguan kesehatan apapun, cacat fisik, kelainan bentuk tubuh atau luka yang tidak disebutkan diatas?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> YA
<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> TIDAK

8. Selama 5 tahun terakhir, apakah Anda atau anggota keluarga yang akan diasuransikan:

a) pernah melakukan atau dianjurkan mendapat pemeriksaan Sinar X, ECG, USG, CT Scan, MRI, Tes Darah misalnya kolesterol, AIDS, hepatitis termasuk hepatitis B, anemia, dll?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> YA
<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> TIDAK

b) pernah menderita sakit atau dirawat di rumah sakit, menjalani operasi, mengadakan konsultasi kesehatan, yang belum disebutkan diatas (baik dengan dokter umum atau spesialis)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> YA
<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> TIDAK

9. Jika Anda atau anggota keluarga yang akan diasuransikan adalah wanita, apakah:

a) pernah hamil?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b) saat ini sedang hamil? Jika YA, berapa usia kehamilan dan sebutkan tanggal perkiraan melahirkan?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

c) pernah menderita kelainan kandungan, payudara, komplikasi kehamilan?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

d) pernah melakukan/disarankan oleh dokter untuk pemeriksaan papsmear?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

e) pernah mengalami gangguan atau kelenjar hormonal, seperti pendarahan diluar siklus haid dan lainnya ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anda		Anggota Keluarga	
<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> Tidak
<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK
<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK
<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK
<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK

**Tekanan Darah Tinggi / Kolesterol** (hanya untuk calon tertanggung yang pernah mengalami atau pernah diinformasikan mengidap atau sedang/telah menjalani perawatan/observasi medis untuk penyakit tekanan darah tinggi atau kolesterol)

1. Harap berikan data berkenaan dengan penyakit tekanan darah tinggi dan kolesterol pada tabel di bawah ini. (Jika tabel tidak mencukupi harap tuliskan data tersebut dalam lembar terpisah.)

**A. Tekanan Darah Tinggi**

Nama	Data Systolic & Diastolic	Tanggal Pendataan	Apakah sedang mendapatkan perawatan medis untuk darah tinggi?	Apakah dalam 12 bulan terakhir ini, tekanan darah dikontrol*) secara medis?
		/ /	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
		/ /	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
		/ /	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
		/ /	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak

\*) 'dikontrol' maksudnya dalam 12 bulan terakhir yang bersangkutan pernah/sedang diawasi oleh dokter untuk memonitor tekanan darah tingginya.

**B. Kolesterol**

Nama	Total kolesterol (Tchol)	Tanggal Pendataan	Apakah sedang mendapatkan perawatan medis untuk kolesterol?	Apakah dalam 12 bulan terakhir ini, kolesterol dikontrol*) secara medis?
		/ /	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
		/ /	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
		/ /	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
		/ /	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak

\*) 'dikontrol' maksudnya dalam 12 bulan terakhir yang bersangkutan pernah/sedang diawasi oleh dokter untuk memonitor kolesterolnya.

2. Harap berikan nama dokter dan alamat rumah sakit / klinik yang merawat darah tinggi atau kolesterol Anda

Nama Dokter

\_\_\_\_\_

Alamat Rumah Sakit/Klinik

\_\_\_\_\_

No. Telepon : \_\_\_\_\_ No. Fax: \_\_\_\_\_

**Dokter Keluarga** (dokter yang biasa dikunjungi oleh Anda dan anggota keluarga yang akan diasuransikan)

Nama

Alamat

No.Telepon / HP  Telah menjadi dokter kami selama  tahun

**Keterangan Palsu**

PT ASURANSI AXA INDONESIA (Penanggung) berhak untuk tidak menanggung atau membayar klaim asuransi kesehatan ini atau membatalkan kontrak asuransi karena kelalaian Tertanggung dalam mengungkapkan keterangan-keterangan yang dibutuhkan. Apabila ada hal-hal yang tidak diungkapkan atau ada pernyataan salah atau palsu, maka penanggung berhak untuk membatalkan kontrak ini

**Pernyataan dan Surat Kuasa**

Saya menyatakan bahwa semua jawaban yang diberikan dan keterangan yang tercantum di atas adalah lengkap dan dengan sebenar-benarnya. Saya tidak menyembunyikan apapun yang berhubungan dengan asuransi ini. Saya menyetujui bahwa pernyataan ini adalah dasar yang digunakan untuk kontrak asuransi **SmartCare Executive** ini.

Dengan ini saya memberikan kuasa yang tidak terbatas pada rumah sakit, klinik, institusi medis lainnya, Dokter, perusahaan asuransi, atau perusahaan lainnya yang mengetahui atau memiliki catatan atau keterangan apapun termasuk riwayat medis mengenai diri saya atau keluarga saya untuk memberikan catatan atau keterangan tersebut kepada PT. ASURANSI AXA INDONESIA. Salinan dari surat kuasa ini mempunyai kekuatan hukum yang sama dengan aslinya.

Tempat	Tanggal	Tempat	Tanggal	DIISI OLEH PETUGAS DARI AXA
Tandatangan Pemohon		 Tandatangan Perantara		Diperiksa oleh:  Tanggal: