

Formulir Asuransi Jiwa

Produk Asuransi Mandiri Mikro Sejahtera

Pilihan Plan :

☐ Aman 50 ☐ Aman Jiwa 1 Tahun ☐ Aman Jiwa 2 Tahun ☐ Aman Jiwa 3 Tahun ☐ Aman Jiwa 4 Tahun ☐ Aman Jiwa 5 Tahun

Saya yang bertanda tangan dibawah ini adalah Nasabah Bank Mandiri dengan data sebagai berikut :

Nama Lengkap Pemegang Polis (sesuai KTP) :

Tempat Lahir (sesuai KTP) :

Tanggal Lahir (sesuai KTP) :

hh

bb

tttt

Alamat (sesuai KTP) :

Jenis Kelamin : ☐ Laki-laki ☐ Perempuan

Pekerjaan :

No KTP :

Jumlah Pendapatan/Bulan :

☐ Rp 0-Rp 1.000.000 ☐ Rp 1.000.000-Rp 5.000.000 ☐ Rp 5.000.000-Rp 10.000.000

☐ > Rp 10.000.000

Sumber Dana :

☐ Gaji ☐ Usaha ☐ Warisan ☐ Bonus/Insentif/Komisi ☐ Lainnya

No. NPWP :

No. Rekening Tabungan :

No. Handphone : Alamat e-Mail :

Kewarganegaraan : ☐ WNI

Saya Membeli Asuransi ini Untuk :

☐ Diri Sendiri ☐ Pasangan ☐ Anak

Tidak perlu mengisi data Peserta apabila membeli untuk diri sendiri

Nama Lengkap Peserta (sesuai KTP) :

Tempat Lahir (sesuai KTP) :

Tanggal Lahir (sesuai KTP) :

hh

bb

tttt

Alamat (sesuai KTP) :

Jenis Kelamin : ☐ Laki-laki ☐ Perempuan

Pekerjaan :

No KTP :

No. NPWP :

No. Rekening Tabungan :

No. Handphone :

Kewarganegaraan : ☐ WNI

Nama Penerima Manfaat :

Tanggal Lahir :

hh

bb

tttt

Hubungan :

Pernyataan :

1. Saya/Kami telah membaca, mengerti, menjawab dan mengisi pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan sebenar-benarnya, lengkap dan sesuai dengan keadaan sebenarnya tanpa tekanan dan paksaan dari pihak manapun.
2. Saya/Kami setuju memberikan kuasa kepada PT AXA Mandiri Financial Services (“Perusahaan”) untuk meminta semua keterangan, informasi, dokumen dan ringkasan/catatan medis mengenai Saya/Kami (“Informasi”) kepada setiap tenaga medis, dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, laboratorium, sarana pelayanan kesehatan, perusahaan asuransi, perusahaan reasuransi, badan hukum, instansi, atau perorangan, organisasi atau pihak lain yang mempunyai Informasi Saya/Kami (“Pemegang Informasi”), dan Saya/Kami dengan ini memberikan ijin dan kuasa kepada Pemegang Informasi untuk memberikan Informasi kepada Perusahaan dalam rangka pengajuan permohonan asuransi ini, proses klaim, pelayanan nasabah dan/atau pemasaran produk.
3. Saya/Kami setuju dan mengizinkan Perusahaan untuk menggunakan atau memberikan informasi, keterangan atau data-data Saya/Kami yang diperoleh dan/atau dimiliki Perusahaan kepada pihak ketiga (termasuk tapi tidak terbatas pada perusahaan asuransi, reasuransi, bank, group dan afiliasi dari Pemegang Saham, serta pihak lain) yang bekerja sama dengan Perusahaan baik di dalam atau luar negeri dalam rangka, termasuk tapi tidak terbatas pada, pelayanan nasabah, proses klaim, dan/atau penawaran produk.
4. Saya/Kami telah mendapatkan penjelasan dan sepenuhnya mengerti serta menerima hal-hal di bawah ini:

a. Produk yang dipasarkan merupakan Produk Asuransi dan bukan merupakan produk Bank serta tidak dijamin oleh Lembaga Penjamin Simpanan (LPS).

b. Premi yang dibayarkan oleh Pemegang Polis sudah termasuk komisi yang akan diberikan Perusahaan kepada pihak Bank sebagai Saluran Distribusi dalam rangka pemasaran Produk Asuransi.
5. Saya/Kami membebaskan Perusahaan termasuk direksi, komisaris, pemegang saham, afiliasi, kantor penjualan, agen, kuasa, karyawan, dan semua pihak yang memiliki atau dianggap memiliki hubungan dengan Perusahaan dari segala tuntutan, gugatan, ataupun pengaduan lainnya dikemudian hari baik dari pihak Pemegang Polis termasuk keluarganya maupun dari pihak yang berkepentingan atas pengajuan pada formulir Polis ini.
6. Saya/Kami senantiasa menjamin untuk merahasiakan dan tidak akan menggandakan,mengungkapkan maupun menyebarluaskan setiap dan segala informasi pribadi Saya/Kami yang berhubungan dengan termasuk hubungan hukum yang didasarkan atas pengajuan pada dokumen/formulir ini antara Saya/Kami dan Perusahaan kepada pihak manapun dan melalui media apapun.
7. Pernyataan dan Kuasa yang telah diberikan akan tetap berlaku selama Saya/Kami masih hidup maupun sesudah saya/Kami meninggal dunia dan Saya/Kami setuju untuk mengesampingkan ketentuan pada Pasal 1813, 1814, dan 1816 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata.

Demikian formulir ini saya buat sebagaimana mestinya, untuk dipergunakan sebagai perlindungan Asuransi Mandiri Mikro Sejahtera.

....., / /

(.....)
Nama Pemegang Polis & Tanda Tangan

Diisi oleh Petugas

Tanggal registrasi : / /

Kode Cabang :

(.....)
Nama Lengkap & Tanda Tangan

Catatan : Setiap koreksi penulisan atau pengisian wajib ditandatangani.

Formulir ini telah disesuaikan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, termasuk ketentuan peraturan Otoritas Jasa Keuangan (OJK).