Formulir Pengajuan Perubahan Turun *Plan* (*Downgrade*)

INFORMASI PENTING

- Hanya Pemegang Polis yang diperkenankan mengisi Formulir Pengajuan Perubahan Turun *Plan* (*Downgrade*)
- Formulir ini hanya berlaku untuk produk asuransi kesehatan
- Cara mudah untuk Pengajuan Perubahan Turun *Plan* (*Downgrade*):

Baca dengan seksama petunjuk pada formulir.

Isi dengan lengkap dan lampirkan fotokopi identitas diri (KTP/SIM/Paspor/KITAS)

Lengkapi alamat saat ini, email dan nomor telepon, serta kirim formulir ke PT AXA Financial Indonesia.

Informasi Data Polis

Nomor Polis:

Nama Pemegang Polis:

Nama Tertanggung:

Perubahan Turun *Plan* (*Downgrade*)

Dengan ini saya mengajukan permohonan Turun *Plan* (*Downgrade*) dengan *detail* sebagai berikut:

Nama Produk: _____

Nama Plan saat ini : _____

Nama *Plan* terbaru yang diinginkan **(*Downgrade*)**: _____

Keterangan: Mohon dipastikan penulisan nama *Plan* terbaru sudah sesuai.

Pernyataan dan Kuasa

Dengan ini Saya / Kami menyatakan dan menyetujui bahwa :

1. Telah membaca, mengerti dan mengisi semua pertanyaan pada formulir ini dengan jujur, lengkap dan sesuai dengan keadaan sebenarnya.
2. Permohonan perubahan yang Saya/Kami ajukan akan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari Polis. Saya/Kami menyetujui bahwa setiap perubahan sesuai dengan tata cara yang tercantum dalam standar operasional prosedur perubahan yang dilakukan oleh PT AXA Financial Indonesia (AFI). Sehubungan dengan perubahan Polis yang Saya/Kami ajukan, Saya/Kami juga memberi kuasa kepada perusahaan untuk mengubah Polis sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
3. Pengajuan ini hanya dapat diproses apabila Saya/Kami telah melengkapi persyaratan yang diperlukan oleh AFI.
4. Segala akibat yang timbul sehubungan dengan Perubahan Polis menjadi tanggung jawab Saya/Kami sepenuhnya dan dengan ini, Saya/Kami membebaskan AFI dari segala macam tuntutan dan gugatan dalam bentuk apapun dan pihak manapun termasuk dari Saya/Kami.
5. Apabila terdapat perubahan Pemegang Polis maka Saya/Kami mengerti dan menyetujui bahwa seluruh hak dan kewajiban atas Polis akan beralih kepada Pemegang Polis yang baru sejak tanggal disetujuinya perubahan oleh AFI.
6. Informasi yang Saya/Kami berikan pada formulir ini 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.

Nama Pemegang Polis	Tanda Tangan	Tanggal

POS/001/07/02/2025

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
Link Live Chat: www.axa.co.id
AXA CUSTOMER CARE CENTRE 1500 940
www.axa.co.id AXA Indonesia axaindonesia