



# Formulir Pengajuan/Perubahan Data Polis

## INFORMASI PENTING

- Siapa yang diperkenankan melakukan Formulir Pengajuan/Perubahan Data Polis? Pemegang Polis (Peserta)
- Cara mudah pengajuan Perubahan Polis:



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.

## Detail Perubahan

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Perubahan Data Kontak              | <input type="checkbox"/> Perubahan Data Pribadi                                    | <input type="checkbox"/> Perubahan Termaslahat/Ahli Waris                  |
| <input type="checkbox"/> Perubahan Pemegang Polis (Peserta) | <input type="checkbox"/> Perubahan Frekuensi/ Metode Pembayaran Premi (Kontribusi) | <input type="checkbox"/> Pemulihan Polis                                   |
| <input type="checkbox"/> Perubahan Data Pertanggunggaan     | <input type="checkbox"/> Pengajuan Duplikat Polis/ Kartu (Peserta)                 | <input type="checkbox"/> Pengajuan Perubahan Cuti Premi/ Perubahan Lainnya |

**Keterangan:** Isi dan berikan tanda centang (✓) pada kotak sesuai pilihan

## Informasi Data Polis

Nomor Polis:

Nama Pemegang Polis:

Nama Tertanggung:

## Perubahan Data Kontak

Alamat Surat Menyurat:

**Keterangan:** Data alamat, nomor telepon dan email Anda akan diubah sesuai dengan isi formulir ini.

Kota:

Kode Pos:

Nomor telepon yang bisa dihubungi (Termasuk Kode Wilayah):

Telepon Rumah:

Telepon Kantor:

Telepon Seluler:

Email:



## Perubahan Data Pribadi

Perubahan akan dilakukan untuk:  Pemegang Polis (Peserta)  Tertanggung (Peserta yang Diasuransikan)

Nama Lengkap:

Nomor KTP/Passport:

Tempat Lahir:  Tanggal Lahir:      (tanggal/bulan/tahun)

Jenis Kelamin:  Pria  Wanita

Alasan Perubahan: \_\_\_\_\_

a. Apakah Pemegang Polis (Peserta)/Tertanggung (Peserta yang Diasuransikan) adalah Warga Negara Amerika Serikat (USA) atau Wajib Pajak Amerika Serikat (USA)  Ya  Tidak

Bila "Ya", mohon cantumkan *Taxpayer Identification Number (TIN)* dan isi serta lampirkan Formulir W8-BEN atau W9

Pemegang Polis  Tertanggung

b. Apakah Pemegang Polis (Peserta)/Tertanggung (Peserta yang Diasuransikan) terdaftar sebagai salah satu atau lebih wajib pajak (arti lainnya, membayar pajak atau mempunyai penghasilan) di negara selain Indonesia dan Amerika Serikat (USA)?

Ya, sebutkan \_\_\_\_\_ (isi form CRS)  Tidak

Pemegang Polis  Tertanggung

**Keterangan:** Lampirkan Akta Kelahiran untuk perubahan jenis kelamin dan tanggal lahir.

## Perubahan Termaslahat/Ahli Waris

Nama Lengkap Termaslahat	Hubungan dengan Tertanggung (Peserta yang Diasuransikan)	Nomor Identitas	Persentase	Tanggal Lahir	Jenis Kelamin (L/P)

**Keterangan:** Persentase Termaslahat harus diisi, jika tidak masing-masing akan mendapat bagian yang sama serta lampirkan Akta Nikah atau Kartu Keluarga.

## Perubahan Pemegang Polis (Peserta)

Alasan Perubahan: \_\_\_\_\_

Nama Pemegang Polis Baru:

Nomor KTP:

Tempat Lahir:  Tanggal Lahir:      (tanggal/bulan/tahun)

Jenis Kelamin:  Pria  Wanita

Kewarganegaraan:  Indonesia  Lainnya, \_\_\_\_\_

Agama:  Islam  Kristen  Katholik  Hindu  Budha  Lainnya, \_\_\_\_\_

Pekerjaan:  Pemilik Usaha  Karyawan  Ibu Rumah Tangga  Mahasiswa/Pelajar  
 TNI/Polri  PNS  Politikus  Lainnya, \_\_\_\_\_

Jabatan:

Nama Perusahaan:

Bidang Usaha:  Sumber Daya Alam  Transportasi  Manufaktur  Konstruksi  
 Pemerintahan  Lainnya, \_\_\_\_\_

Penghasilan Kotor per Bulan:



**Perubahan Frekuensi/Metode Pembayaran Premi (Kontribusi)**

Frekuensi Pembayaran Premi (Kontribusi) diubah menjadi:

 Tahunan       Semesteran       Triwulanan       Bulanan

Metode Pembayaran diubah menjadi:

 Virtual Account       Debet Rekening       Debet Kartu Kredit
**Pemulihan Polis**

Alasan Pemulihan Polis: \_\_\_\_\_

Pembayaran Premi dilakukan tanggal:           

Sebesar (Rp/USD): \_\_\_\_\_

**Keterangan:**

Lampirkan Bukti Setoran | Informasi lain, silahkan lihat pada "Catatan Penting" di halaman 5

**Perubahan Data Pertanggungan**
 Uang Pertanggungan Dasar menjadi:                      (Rp/USD) Coret yang tidak perlu

 Perubahan Premi (Kontribusi) menjadi:                      (Rp/USD) Coret yang tidak perlu

 Perubahan Plan menjadi: (Khusus Polis Health)                     
 Manfaat Tambahan (Rider):

Nama Rider	Tambahan	Hapus	Menaikkan	Menurunkan	Uang Pertanggungan Baru
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Keterangan:**

Silakan lihat pada "Catatan Penting" di halaman 5

**Pengajuan Duplikat Polis/Kartu Kesehatan**

Pengajuan Duplikat untuk:

 Buku Polis       Kartu Kesehatan

Alasan Pengajuan:

 Hilang       Lainnya (mohon dijelaskan): \_\_\_\_\_
Pembayaran Premi dilakukan tanggal:           

Sebesar (Rp/USD): \_\_\_\_\_

**Keterangan:**

Lampirkan Bukti Setoran | Informasi lain, silahkan lihat pada "Catatan Penting" di halaman 5

**Pengajuan Perubahan Cuti Premi/Perubahan Lainnya** **Cuti Premi**

• Mulai Cuti Premi:     (bulan/tahun)  
• Berakhir Cuti Premi:     (bulan/tahun)

• Penghentian Cuti Premi:     (bulan/tahun)  
Silahkan lihat pada "Catatan Penting" di halaman 5

 **Perubahan Lainnya:****Catatan Penting****1. Perubahan Frekuensi dan Metode Pembayaran**

- Untuk cara bayar bulanan dan triwulan, metode pembayaran wajib dengan *auto debet* rekening/kartu kredit.
- Jika pembayaran menggunakan debit rekening dan kartu kredit, mohon mengisi Surat Kuasa Debet Rekening (SKDR) atau Surat Kuasa Kartu Kredit untuk BCA Card, dan Visa, Master Card, dan JCB melakukan pendaftaran melalui AFI PAY dan melengkapi fotokopi buku tabungan atau kartu BCA Card.
- Perubahan cara bayar jika *Basic Premi* dan *Premi Reguler Top Up* (jika ada) kurang dari ketentuan yang berlaku, maka secara otomatis akan disesuaikan dengan ketentuan tersebut.

**2. Pemulihan Polis**

- Mengisi Formulir Pernyataan Kesehatan untuk Polis Unit Link dan Maestro Hospital Plan (MHP).
- Mengisi Surat Pernyataan Pemegang Polis Maestro Elite Care untuk Polis Maestro Elite Care (MEC) dan Family Flexy Health (FFH).
- Mengisi Surat Pernyataan Pemegang Polis Maestro Protection Care untuk Polis Maestro Protection Care (MPC)
- Membayar seluruh premi tertunggak.

**3. Perubahan Data Pertanggungan**

- Perubahan Data Pertanggungan maksimal dapat diajukan 1 (satu) bulan sebelum ulang tahun. Polis dan akan berlaku pada ulang tahun polis (khusus untuk penambahan).
- Kekurangan premi (Kontribusi), biaya atas pertanggungan dasar, dan tambahan yang timbul karena perubahan tersebut akan dibebankan kepada Pemegang Polis.
- Khusus untuk Penambahan Rider wajib mengisi Formulir Pernyataan Kesehatan.
- *Upgrade* Plan MEC dan FFH wajib melampirkan Surat Pernyataan Pemegang Polis Maestro Elite Care.

**4. Pengajuan Duplikat Polis/Kartu Kesehatan**

- Biaya Duplikat Polis (termasuk ex-ALI) Rp 150.000.
- Biaya Cetak dan Perpanjangan Pengaktifan Kartu Kesehatan Rp 100.000.
- Apabila status Dokumen Polis/Kartu Kesehatan hilang, Pemegang Polis (Peserta) diwajibkan melengkapi Surat Laporan Kehilangan dari Kepolisian.
- Biaya Duplikat Polis atau kartu dibayarkan melalui *virtual account* ke rekening PT AXA Financial Indonesia:
  - Bank BCA : 00156 + No. Polis: 001565082037226
  - Bank BCA (USD) : 88805 + No. Polis: 888055082037226
  - Bank Mandiri : 88156 + No. Polis: 881565082037226
  - Bank Mandiri (USD) : 88256 + No. Polis: 882565082037226
  - Bank Mandiri Syariah : 993742 + No. Polis Syariah: 9937423082037226
  - Bank BNI Syariah : 828102 + No. Polis Syariah: 8281023082037226
- Kartu Kesehatan dapat dicetak untuk manfaat tambahan (rider) HIS dengan cara bayar triwulanan, semesteran, dan tahunan.

**5. Perubahan Pemegang Polis (Peserta):**

- Jika ada perubahan alamat untuk Pemegang Polis baru mohon melengkapi bagian perubahan alamat.
- Jika ada pertanggungan tambahan untuk *Payor* mohon mengisi Formulir Pernyataan kesehatan.
- *Payor* baru terutama diperbolehkan pada orang tua dan kakek/nenek Tertanggung.

**6. Pengajuan Perubahan Cuti Premi**

- Pengajuan Perubahan Cuti Premi/kontribusi dapat diajukan sesuai dengan syarat dan ketentuan yang mengacu pada Polis.
- Maksimal Pengajuan Perubahan Cuti Premi/kontribusi 30 (tiga puluh) hari dari tanggal jatuh tempo.

5 dari 6  
POS/005/01/08/2022**PT AXA Financial Indonesia****Customer Care Centre**

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



**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

**Pengecekan Status Pengajuan Anda**

Untuk mengetahui status dari pengajuan Anda, silakan menghubungi kami melalui:

Hari: Senin-Jumat  
Jam: 08.00-17.00 WIBHari: Senin-Jumat  
Jam: 08.00-17.00 WIB**Wajib diisi oleh Agen AXA Financial Indonesia yang membantu:**

- Kode Agen : \_\_\_\_\_
- Nama Agen : \_\_\_\_\_
- Nama Grup : \_\_\_\_\_
- Nomor Telepon Agen : \_\_\_\_\_

PT AXA Financial Indonesia berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

6 dari 6  
POS/005/01/08/2022**PT AXA Financial Indonesia****Customer Care Centre**AXA Tower Lt. Ground Floor  
Jl. Prof. DR. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta - 12940, Indonesia  
Email: [customer@axa-financial.co.id](mailto:customer@axa-financial.co.id)  
Link Live Chat: [www.axa.co.id](http://www.axa.co.id)