



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

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

- | | | |
|---|--|--|
| <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 Pertanggungangan | <input type="checkbox"/> Pengajuan Duplikat Polis/ Kartu (Peserta) | <input type="checkbox"/> Pengajuan Perubahan Cuti Premi/ Perubahan Lainnya |

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:

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
Link Live Chat: www.axa.co.id





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 formulir 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/bulan/tahun) 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 dan 6**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)
 Perubahan Manfaat Pertanggungan AXA Critical Protector

 Manfaat *No Claim Bonus* menjadi Manfaat tanpa *No Claim Bonus*
 Manfaat *Booster* Pertanggungan menjadi tanpa Manfaat *Booster* Pertanggungan

 Manfaat *No Claim Bonus* dan Manfaat *Booster* Pertanggungan menjadi
Manfaat Tanpa *No Claim Bonus* dan tanpa Manfaat *Booster* Pertanggungan

 Manfaat *No Claim Bonus* dan Manfaat *Booster* Pertanggungan menjadi
Manfaat *Booster* Pertanggungan namun tanpa Manfaat *No Claim Bonus*
 Manfaat *No Claim Bonus* dan Manfaat *Booster* Pertanggungan menjadi
Manfaat *No Claim Bonus* namun tanpa Manfaat *Booster* Pertanggungan

 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"/>

Keterangan: Silakan lihat pada "Catatan Penting" di halaman 5 dan 6**Pengajuan Duplikat Polis/Kartu Kesehatan**

Pengajuan Duplikat untuk:

 Buku Polis Kartu Kesehatan

Alasan Pengajuan:

 Hilang Lainnya (mohon dijelaskan): _____
Pembayaran dilakukan tanggal:

Sebesar (Rp/USD): _____

Keterangan: Lampirkan Bukti Setoran | Informasi lain, silahkan lihat pada "Catatan Penting" di halaman 5 dan 64 dari 7
POS/006/09/01/2023**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

Link Live Chat: www.axa.co.id



**Pengajuan Perubahan Cuti Premi/Perubahan Lainnya**

<input type="checkbox"/> Cuti Premi	• Mulai Cuti Premi: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (bulan/tahun)	• Penghentian Cuti Premi: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (bulan/tahun)
	• Berakhir Cuti Premi: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (bulan/tahun)	Silakan lihat pada "Catatan Penting" di halaman 5
<input type="checkbox"/> 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 debet rekening dan kartu kredit, mohon mengisi Surat Kuasa Debet Rekening (SKDR) atau Kartu Kredit (SKDKK) dan melengkapi fotokopi buku tabungan atau kartu kredit.
- Perubahan cara bayar jika *Basic Premi & 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) Rp150.000/USD 150.
- Biaya Cetak dan Perpanjangan Pengaktifan Kartu Kesehatan Rp100.000/USD 100.
- Apabila status Dokumen Polis 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 : 15159 + No. Polis : 151595082037226
 - Bank BCA (USD) : 88805 + No. Polis : 888055082037226
 - Bank Mandiri : 88156 + No. Polis : 881565082037226
 - Bank Mandiri (USD) : 88256 + No. Polis : 882565082037226
 - Bank Syariah Indonesia : 993741 + No. Polis Syariah : 9937413082037226
- 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 sebagai berikut:
 - Untuk Polis yang efektif sebelum 14 Maret 2022, pengajuan Cuti Premi/Kontribusi maksimal 30 (tiga puluh) hari sebelum tanggal jatuh tempo.
 - Untuk Polis yang efektif sejak 14 Maret 2022, pengajuan Cuti Premi/Kontribusi maksimal 30 (tiga puluh hari) setelah tanggal jatuh tempo.
- Apabila Premi/Kontribusi lanjutan pada saat tanggal jatuh tempo tidak dibayarkan sampai dengan berakhirnya masa leluasa (*grace period*) maka:
 - Untuk Polis yang efektif sebelum 14 Maret 2022, maka Polis akan otomatis menjadi Cuti Premi/Kontribusi sesuai dengan ketentuan pada Polis.
 - Untuk Polis yang efektif sejak 14 Maret 2022, maka Pemegang Polis/Peserta dapat mengajukan Cuti Premi/Kontribusi sesuai dengan ketentuan pada Polis kepada AXA Financial Indonesia, namun apabila Pemegang Polis/Peserta tidak mengajukan Cuti Premi/Kontribusi, maka Polis menjadi tidak aktif (*lapsed*) dan Manfaat Asuransi akan berakhir.
- Jika Nilai investasi yang terbentuk tidak mencukupi untuk membayar Biaya Polis beberapa bulan kedepan, maka Cuti Premi/Kontribusi yang sudah terdaftar akan terlepas otomatis sehingga Pemegang Polis/Peserta diinformasikan untuk membayar Premi/Kontribusi Jatuh Tempo dan atau melakukan *Top Up* Sekaligus. Dalam hal metode pembayaran yang terdaftar pada Polis adalah *autodebet*, maka proses pendebitan Premi/Kontribusi akan berjalan kembali.

7. Pengajuan Perubahan Manfaat Pertanggungans AXA Critical Protector

- Manfaat Pertanggungans Penyakit Kritis, apabila Tertanggung terdiagnosa Manfaat Penyakit Kritis Tahap Awal dan/atau Penyakit Kritis Tahap Menengah tidak diperbolehkan melakukan Perubahan Uang Pertanggungans.
- Perubahan Polis dengan Manfaat *No Claim Bonus* menjadi Polis tanpa Manfaat *No Claim Bonus*, dapat dilakukan di setiap akhir Periode 10 (sepuluh) Tahun dan kelipatannya dengan tetap mengacu pada Ketentuan Umum Polis.
- Perubahan Polis dengan Manfaat *Booster* Pertanggungans menjadi Polis tanpa Manfaat *Booster* Pertanggungans, dapat dilakukan di setiap Ulang Tahun Polis.
- Perubahan Polis dengan Manfaat *No Claim Bonus* dan Manfaat *Booster* Pertanggungans menjadi Polis tanpa Manfaat *Booster* Pertanggungans dan tanpa Manfaat *No Claim Bonus*, dapat dilakukan di setiap akhir Periode 10 (sepuluh) Tahun dan kelipatannya dengan tetap mengacu pada Ketentuan Umum Polis.
- Polis dengan Manfaat *Booster* Pertanggungans namun tanpa Manfaat *No Claim Bonus*, dapat dilakukan di setiap akhir Periode 10 (sepuluh) Tahun dan kelipatannya dengan tetap mengacu pada Ketentuan Umum Polis.
- Polis dengan Manfaat *No Claim Bonus* namun tanpa Manfaat *Booster* Pertanggungans, dapat dilakukan di setiap Ulang Tahun Polis.
- Pengajuan Perubahan Manfaat yang telah disetujui dan diproses oleh Penanggung, maka selanjutnya tidak dapat dilakukan perubahan kembali ke Manfaat sebelumnya.
- Polis dengan Manfaat *No Claim Bonus* namun tanpa Manfaat *Booster* Pertanggungans, dapat diajukan perubahan Manfaat setiap ulang tahun Polis, syarat dan ketentuan mengacu pada Polis.

8. Nomor Virtual Account untuk Pembayaran Premi Perubahan/Pemulihan/Pinjaman dan Bunga Pinjaman.

- Bank BCA : 15158 + No.Polis : 151585082037226
- Bank BCA (USD) : 88805 + No.Polis : 888055082037226
- Bank Mandiri : 88156 + No.Polis : 881565082037226
- Bank Mandiri (USD) : 88256 + No.Polis : 882565082037226
- Bank Syariah Indonesia : 993741 + No.Polis : 9937415082037226



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 WIB



Hari: 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