






# Formulir Perubahan Data Polis

**INFORMASI PENTING**

- **Siapa yang diperkenankan melakukan Perubahan Polis ?**  
Pemegang polis (Peserta)
- **Cara mudah pengajuan Perubahan Polis :**

 <p>Baca dengan seksama petunjuk pada formulir.</p>	 <p>Isi dengan lengkap dan lampirkan fotokopi Identitas Diri (KTP/SIM/Paspor/KITAS).</p>	 <p>Lengkapi alamat saat ini, email dan no. telepon, serta kirim Formulir ke PT. AXA Financial Indonesia.</p>
--	---	--

## Detail Perubahan

1. <input type="checkbox"/> Perubahan Data Kontak	2. <input type="checkbox"/> Perubahan Data Pribadi	3. <input type="checkbox"/> Perubahan Termaslahat / Ahli Waris
4. <input type="checkbox"/> Perubahan Pemegang Polis (Peserta)	5. <input type="checkbox"/> Perubahan Frekuensi / Metode Pembayaran Premi (Kontribusi)	6. <input type="checkbox"/> Pemulihan Polis
7. <input type="checkbox"/> Perubahan Data Pertanggunggaan	8. <input type="checkbox"/> Pengajuan Duplikat Polis / Kartu (Peserta)	9. <input type="checkbox"/> Perubahan Lainnya

## Informasi Data Polis

Nomor Polis

Nama Pemegang Polis

Nama Tertanggung

## 1. Perubahan Data Kontrak

Alamat Surat Menyurat

Kota  Kode Pos

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

Nomor telepon yang bisa dihubungi (Termasuk Kode Wilayah) :

Telepon Rumah

Telepon Kantor

Telepon Seluler

Email :

**2. Perubahan Data Pribadi**

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

Nama Lengkap :

Nomor KTP / Passport :

Tanggal Lahir :    (tanggal/bulan/tahun)

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

Apakah Pemegang Polis/Tertanggung adalah Warga Negara Amerika Serikat (USA) atau Wajib Pajak Amerika Serikat (USA)  
 Ya  Tidak  Bila "Ya", mohon cantumkan TIN (Taxpayer Identification Number) :

Pemegang Polis :  Tertanggung :

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

**3. Perubahan termasuklah / Ahli Waris**

Nama Lengkap Termasuklah	Hubungan dengan Tertanggung (peserta yang diasuransikan)	Nomor Identitas	Persentase	Tanggal Lahir	Jenis Kelamin (L/P)

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

**4. Perubahan Pemegang Polis (Peserta)**

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

Nama Pemegang Polis Baru

No KTP

Tanggal Lahir

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

Hubungan dengan calon tertanggung  Suami/Istri  Orangtua/Anak  Majikan/Karyawan  
 Lainnya \_\_\_\_\_

Apakah Pemegang Polis/Tertanggung adalah Warga Negara Amerika Serikat (USA) atau Wajib Pajak Amerika Serikat (USA)  
 Ya  Tidak   
 Bila "Ya", mohon cantumkan TIN (Taxpayer Identification Number) :

Ditandatangani di    (dd/mm/yyyy)

Tanda Tangan Pemegang Polis (Peserta) yang lama

Tanda Tangan Pemegang Polis (Peserta) yang baru

Nama Lengkap :

Nama Lengkap :

### 5. 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

### 6. Pemulihan Polis

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

Pembayaran Premi dilakukan tanggal :  sebesar Rp/USD \_\_\_\_\_

**Keterangan :**  
Lampirkan Bukti Setoran.

Informasi lain, silahkan melihat pada "Catatan Penting" pada hal. 4

### 7. Perubahan Data Pertanggung

Uang Pertanggung 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) :

**Keterangan :**  
silahkan melihat pada "Catatan Penting" pada hal. 4

Nama Rider	Tambah	Hapus	Menaikkan	Menurunkan	Uang Pertanggung 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"/>

### 8. Pengajuan Duplikat Polis / Kartu Kesehatan

Pengajuan duplikat untuk :

Buku Polis     
  Kartu Kesehatan     
  \_\_\_\_\_

Alasan Pengajuan :

Hilang     
  Lain - lain (mohon dijelaskan) : \_\_\_\_\_

Pembayaran dilakukan tanggal :  sebesar Rp/USD \_\_\_\_\_

**Keterangan :**  
Lampirkan Bukti Setoran.

Informasi lain, silahkan melihat pada "Catatan Penting" pada hal. 4

## 9. Perubahan Lainnya

Jika ada perubahan lain yang tidak disebutkan diatas, mohon dijelaskan


### 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 foto copy buku tabungan atau kartu kredit.
- 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 Pertanggungungan

- Perubahan Data Pertanggungungan 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 pertanggungungan 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.
- Dalam 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 Mandiri : 88156 + No. Polis : 881565082037226  
ATM Bersama : 0088156 + No. Polis : 008881565082037226 (008 : Kode Bank Mandiri)  
Bank Mandiri Syariah : A/C 117 001 0556 (Rp) untuk Polis Syariah
- 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 pertanggungungan tambahan untuk Payor mohon mengisi Formulir Pernyataan kesehatan.
- Payor baru terutama diperbolehkan pada orang tua dan kakek/nenek Tertanggung.

## 10. 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 disini 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

## 11. Pengecekan Status Pengajuan Anda

Untuk mengetahui status dari pengajuan Anda, silahkan menghubungi kami melalui



**+62 21 30059999**

**Senin - Jumat pukul 08.00 - 17.00 WIB**



**customer@axa-financial.co.id**

Wajib diisi oleh Agen AXA Financial Indonesia yang membantu

Kode Agen : \_\_\_\_\_

Nama Agen : \_\_\_\_\_

Nama Group : \_\_\_\_\_

No. Telepon Agen : \_\_\_\_\_