



Formulir Perubahan Data Polis

INFORMASI PENTING

- **Siapa yang diperkenankan melakukan Perubahan 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 no. telepon, serta kirim Formulir ke PT. AXA Financial Indonesia.

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 Kontak

Alamat Surat Menyurat

Kota

Kode Pos

Nomor telepon yang bisa dihubungi (Termasuk Kode Wilayah) :

Telepon Rumah

Telepon Kantor

Telepon Seluler

Email :

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

PT AXA Financial Indonesia

Customer Care Centre

AXA Tower Lt. GF

Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia

e-mail: customer@axa-financial.co.id

Head Office

AXA Tower Lt. 17

Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia

Tel: +62 21 3005 8000



www.axa.co.id



AXA Indonesia



axaindonesia

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 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) :

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

Nama Rider	Tambah	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"/>

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 Flex Health (FFH).
- Mengisi Surat Pernyataan Pemegang Polis Maestro Protection Care untuk Polis Maestro Protection Care (MPC)
- Membayar seluruh premi tertunggak.

3. Perubahan Data Pertanggung

- Perubahan Data Pertanggung 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 pertanggung 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 pertanggung 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



1500 940

Senin - Jumat pukul 08.00 - 20.00 WIB
Sabtu pukul 08.00 - 12.00 WIB



customer@axa-financial.co.id

Wajib diisi oleh Agen AXA Financial Indonesia yang membantu

Kode Agen : _____

Nama Agen : _____

Nama Group : _____

No. Telepon Agen : _____