





Nomor Polis

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nama Pemegang Polis

--

**SURAT PERNYATAAN**  
Permintaan Pemulihan Polis/Perubahan Polis

Saya selaku pihak yang menandatangani Surat Pernyataan Permintaan Pemulihan Polis/Perubahan Polis menyatakan:

1. Saya memahami bahwa saya memiliki kewajiban untuk bertindak dengan iktikad terbaik (*utmost good faith*) dalam setiap Permintaan Pemulihan Polis/Perubahan Polis. Oleh karena itu, Saya memahami bahwa Saya wajib mengungkapkan secara benar dan lengkap semua fakta material, yaitu data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan fakta ("**Informasi Nasabah**") yang dapat mempengaruhi pertimbangan PT AXA Financial Indonesia ("**AFI**") dalam menerima atau menolak permintaan tersebut dan/atau menetapkan jumlah Premi.
2. Saya menyatakan dan menjamin bahwa semua Informasi Nasabah yang saya berikan dalam Formulir Pemulihan Polis/Perubahan Polis ini, serta setiap Formulir dan dokumen lainnya yang disyaratkan oleh AFI ("**Dokumen Permohonan**") sebagai bagian dari Permintaan Pemulihan Polis/Perubahan Polis adalah lengkap, benar, akurat, terkini, sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan konsisten antara satu dengan lainnya, dan tidak ada Informasi Nasabah yang Saya sembunyikan, baik dengan sengaja maupun tidak sengaja. Apabila suatu Informasi Nasabah tersebut ternyata tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini, tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya, atau terdapat suatu Informasi Nasabah yang Saya sembunyikan, dengan menandatangani Surat Pernyataan Permintaan Pemulihan Polis/Perubahan Polis ini, Saya **SEPAKAT DAN MENYETUJUI** jika AFI melakukan hal-hal berikut ini:
  - a) Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
  - b) Membatalkan Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada Asuransi/Polis Dasar/Pertanggunggunaan Tambahan/Polis Tambahan) dengan pengembalian Premi (atau Biaya Asuransi dari Asuransi/Polis Dasar/Pertanggunggunaan Tambahan/Polis Tambahan) yang telah dibayarkan setelah dikurangi dengan biaya internal pemeriksaan kesehatan, Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan dan biaya-biaya yang timbul pada saat penerbitan Polis (jika ada);
  - c) Mengakhiri Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada Asuransi/Polis Dasar/Pertanggunggunaan Tambahan/Polis Tambahan), tanpa kewajiban untuk mengembalikan Premi dan/atau Biaya Asuransi, apabila terdapat unsur penipuan, pemalsuan, atau kesalahan yang disengaja dalam pemberian setiap Informasi Nasabah yang tercantum dalam Dokumen Permohonan, atau apabila terdapat penyembunyian suatu Informasi Nasabah yang sebenarnya dalam Dokumen Permohonan. Atas pengakhiran tersebut, Saya juga menyetujui bahwa AFI hanya akan membayarkan Nilai Tunai (khusus untuk Produk Asuransi yang dikaitkan dengan Investasi), jika ada.
  - d) Melakukan penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), dan menambahkan syarat dan ketentuan tambahan ke dalam Polis (baik Asuransi/Polis Dasar/Pertanggunggunaan Tambahan/Polis Tambahan), termasuk menambahkan risiko yang dikecualikan, menyesuaikan Uang

**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

Head Office  
AXA Tower Lt. 17  
Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia  
Telp: +62 21 5093 6000





Pertanggung, dan/atau menyesuaikan jumlah Premi atau Biaya Asuransi yang harus dibayar; dan/atau

- e) Menagih kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), jumlah Premi dan/atau Biaya Asuransi yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. AFI juga berhak untuk melakukan perjumpaan (*Set-off*) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan Nilai Tunai yang ada dalam Polis Saya dan/atau Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan; atas hal tersebut, Saya wajib membayarkan (jika ada) kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi.

3. Sehubungan dengan klausul Pembatalan atau Pengakhiran Polis sebagaimana disebutkan di atas, Saya dengan ini menegaskan bahwa:

- a) Penandatanganan Surat Pernyataan Pemulihan Polis/Perubahan Polis ini oleh Saya merupakan bentuk persetujuan atas pembatalan atau pengakhiran Polis oleh AFI jika terjadi hal-hal yang dimaksud dalam butir [2]; dan
- b) Saya setuju untuk mengesampingkan ketentuan Pasal 1266 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata dan/atau ketentuan peraturan perundang-undangan lainnya yang mensyaratkan pengakhiran atau pembatalan Polis harus dilakukan berdasarkan putusan pengadilan.

Saya menyetujui isi dari Surat Pernyataan ini dan saya memahami bahwa Surat Pernyataan ini sebagai dokumen yang tidak dapat terpisahkan dari dokumen Formulir Permintaan Pemulihan Polis/Perubahan Polis yang saya ajukan kepada AFI. Saya menandatangani Surat Pernyataan ini dengan keadaan sadar dan tanpa ada pemaksaan dari pihak manapun.

Nama Pemegang Polis

Tanda Tangan

Tanggal

**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](mailto:customer@axa-financial.co.id)



**Head Office**

AXA Tower Lt. 17  
Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia  
Telp: +62 21 5093 6000