



**FORMULIR PENGAJUAN PENAMBAHAN ASURANSI TAMBAHAN AXA HEALTH PROTECTOR DAN/ATAU AXA CRITICAL CARE  
APPLICATION FORM FOR ADDITION OF RIDER AXA HEALTH PROTECTOR AND/OR AXA CRITICAL CARE**

Mohon dapat memberikan tanda centang (√) untuk permohonan yang diajukan  
Please give remark (√) for you applying

Saya yang bertanda-tangan dibawah ini  
I the undersigned below

Nomor Polis : .....  
Policy Number

Nama Pemegang Polis : .....  
Policy Holder Name

Nama Tertanggung : .....  
Insured Name

No. KTP/Identitas Pemegang Polis : .....  
Policy Holder ID Number

Alamat Koresponden\* : .....  
Address Correspondence\*  
.....  
.....

Nomor Telepon\* : .....  
Phone Number\*

\*) Data Alamat Korespondensi dan Nomor Telepon di atas akan dianggap sebagai data terkini. Data di sistem PT AXA Financial Indonesia akan disesuaikan dengan data di atas.  
Correspondence Address and Telephone Number data will be considered current data. The data in PT AXA Financial Indonesia's system will be adjusted to the data above.

Dengan ini mengajukan penambahan asuransi tambahan AXA Health Protector dan/atau AXA Critical Care dengan plan sebagai berikut:  
In this occasion, applying adding rider AXA Health Protector and/or AXA Critical Care, there are:

Asuransi Tambahan AXA Health Protector : .....  
Rider AXA Health Protector

Asuransi Tambahan AXA Critical Care : .....  
Rider AXA Critical Care

**Ketentuan Underwriting AXA Health Protector dan/atau AXA Critical Care**

Full Underwriting (sesuai tabel medis yang berlaku).







## b. Pertanyaan Riwayat Penyakit

UNTUK SEMUA JAWABAN "YA" MOHON MENGISI PERTANYAAN LANJUTAN SESUAI DENGAN TOPIK ORGANNYA DAN DILAMPIRKAN BERSAMA SPAK INI.

|   | Calon Tertanggung        |                          | Jika "Ya" mohon jelaskan dengan lengkap |
|---|--------------------------|--------------------------|---|
|   | Ya                       | Tidak                    |   |
| <b>1 Kanker, Tumor dan Kista</b>  |                          |                          |   |
| o Apakah Anda pernah/sedang di diagnosa Kanker?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| o Apakah Anda pernah/sedang di diagnosa Tumor?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| o Apakah Anda pernah/sedang di diagnosa:  |                          |                          |   |
| <input type="checkbox"/> Kista?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| <input type="checkbox"/> Benjolan?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| <b>2 Ginjal, Kemih dan Prostat</b>  |                          |                          |   |
| o Apakah Anda pernah/sedang menderita Penyakit Ginjal?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| o Apakah Anda pernah/sedang melakukan Dialisis?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| o Apakah Anda pernah mengalami atau sedang mengalami Hematuria (adanya darah dalam urine)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| o Apakah Anda pernah/sedang mengalami Proteinuria/ Albuminuria (adanya protein dalam urine/albumin dalam urine)?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| o Apakah Anda pernah/sedang menderita Gagal Ginjal?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| o Apakah Anda sedang/pernah menderita Pembesaran Prostat/BPH?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| o Apakah Anda sedang/pernah didiagnosa menderita Penyakit Ginjal, Saluran Kemih, atau Prostat selain yang disebutkan di atas?     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| <input type="checkbox"/> Jika Ya, sebutkan diagnosanya .....  |                          |                          |   |
| <input type="checkbox"/> Kapan terdiagnosa? .....   |                          |                          |   |
| <input type="checkbox"/> Obat-obatan apa saja yang diberikan .....  |                          |                          |   |
| <input type="checkbox"/> Pengobatan apa saja yang sudah diberikan/dilakukan serta nama rumah sakit dan dokter yang merawat? ..... |                          |                          |   |
| <b>3 Jantung dan Pembuluh Darah</b>   |                          |                          |   |
| o Apakah Anda pernah mendapat Serangan Jantung?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| o Apakah Anda sedang/pernah menderita Nyeri Dada ( <i>Chest Pain</i> /Angina Pektoris)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| o Apakah Anda sedang/pernah menderita kelainan Katup Jantung?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| o Apakah Anda sedang/pernah menderita Pembesaran Jantung?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| o Apakah Anda sedang/pernah dilakukan operasi CABG atau PTCA (Pemasangan ring/ <i>baloon</i> )?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| o Apakah Anda sedang/pernah didiagnosa menderita Penyakit Jantung atau Pembuluh Darah selain yang disebutkan di atas?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| <input type="checkbox"/> Jika Ya, sebutkan diagnosanya .....  |                          |                          |   |
| <input type="checkbox"/> Kapan terdiagnosa? .....   |                          |                          |   |
| <input type="checkbox"/> Obat-obatan apa saja yang diberikan .....  |                          |                          |   |
| <input type="checkbox"/> Pengobatan apa saja yang sudah diberikan/dilakukan serta nama rumah sakit dan dokter yang merawat? ..... |                          |                          |   |
| <b>4 Paru-Paru dan Pernapasan</b>   |                          |                          |   |
| o Apakah Anda sedang/pernah menderita Asma?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| o Apakah Anda pernah menderita TBC?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| o Apakah Anda pernah menderita COPD (PPOK = Penyakit Paru Obstruktif Kronis)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| o Apakah Anda sedang/pernah didiagnosa menderita Penyakit Paru-paru dan pemapasan selain yang disebutkan di atas?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| <input type="checkbox"/> Jika Ya, sebutkan diagnosanya .....  |                          |                          |   |
| <input type="checkbox"/> Kapan terdiagnosa? .....   |                          |                          |   |
| <input type="checkbox"/> Obat-obatan apa saja yang diberikan .....  |                          |                          |   |
| <input type="checkbox"/> Pengobatan apa saja yang sudah diberikan/dilakukan serta nama rumah sakit dan dokter yang merawat? ..... |                          |                          |   |
| <b>5 Endokrin</b>   |                          |                          |   |
| o Apakah Anda sedang/pernah menderita Diabetes/Pra Diabetes atau sedang/pernah mengalami Gula Darah Meningkat?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| o Apakah Anda pernah menderita gangguan Hormon Thyroid ( <i>hyperthyroid</i> /hypothyroid)?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| o Apakah Anda sedang/pernah didiagnosa menderita Penyakit Endokrin selain yang disebutkan di atas?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| <input type="checkbox"/> Jika Ya, sebutkan diagnosanya .....  |                          |                          |   |
| <input type="checkbox"/> Kapan terdiagnosa? .....   |                          |                          |   |
| <input type="checkbox"/> Obat-obatan apa saja yang diberikan .....  |                          |                          |   |
| <input type="checkbox"/> Pengobatan apa saja yang sudah diberikan/dilakukan serta nama rumah sakit dan dokter yang merawat? ..... |                          |                          |   |



|   | Calon Tertanggung        |                          | Jika "Ya" mohon jelaskan dengan lengkap |
|---|--------------------------|--------------------------|---|
|   | Ya                       | Tidak                    |   |
| <b>6 Saraf (Otak/Tulang Belakang) &amp; Kejiwaan</b>  |                          |                          |   |
| o Apakah Anda sedang/pernah menderita/terkena Serangan Stroke/<br><i>Transient Ischaemic Attack</i> (TIA)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| o Apakah Anda sedang/pernah kehilangan kesadaran secara tiba-tiba?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| o Apakah Anda saat ini sedang /pernah terjadi penurunan kekuatan/<br>pergerakan anggota tubuh?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| o Apakah Anda saat ini sedang/pernah kehilangan ingatan atau kemampuan<br>berbicara?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| o Apakah Anda pernah/sedang menderita Parkinson/Alzheimer?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| o Apakah Anda sedang/pernah didiagnosa menderita Penyakit Saraf<br>(otak/tulang belakang) atau kejiwaan selain yang disebutkan di atas?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| o Jika Ya, sebutkan diagnosanya .....   |                          |                          |   |
| o Kapan terdiagnosa? .....  |                          |                          |   |
| o Obat-obatan apa saja yang diberikan .....   |                          |                          |   |
| o Pengobatan apa saja yang sudah diberikan/dilakukan serta nama<br>rumah sakit dan dokter yang merawat? .....   |                          |                          |   |
| <b>7 Hati, Perut, Usus</b>  |                          |                          |   |
| o Apakah Anda pernah/sedang terdiagnosa Penyakit Hepatitis B?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| o Apakah Anda pernah/sedang terdiagnosa Penyakit Hepatitis C?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| o Apakah Anda pernah/sedang terdiagnosa Sirosis Hati?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| o Apakah Anda pernah/sedang terdiagnosa <i>Colitis Ulcerativa</i> ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| o Apakah Anda pernah/sedang terdiagnosa <i>Polyp Colon</i> ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| o Apakah Anda pernah/sedang mengalami kondisi dimana tes fungsi hati<br>meningkat?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| o Apakah Anda sedang/pernah didiagnosa menderita penyakit<br>hati, perut, usus, atau organ pencernaan lainnya selain yang disebutkan di atas?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| o Jika Ya, sebutkan diagnosanya .....   |                          |                          |   |
| o Kapan terdiagnosa? .....  |                          |                          |   |
| o Obat-obatan apa saja yang diberikan .....   |                          |                          |   |
| o Pengobatan apa saja yang sudah diberikan/dilakukan serta nama<br>rumah sakit dan dokter yang merawat? .....   |                          |                          |   |
| <b>8 Tulang dan Otot</b>  |                          |                          |   |
| o Apakah Anda pernah/sedang terdiagnosa Arthritis?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| o Apakah Anda pernah/sedang terdiagnosa Rheumatoid Arthritis?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| o Apakah Anda pernah/sedang terdiagnosa Prolaps Ruas Tulang<br>Belakang ( <i>Prolapsed Intervertebral Disc</i> ), <i>Spondylitis/ Spondylosis</i> atau<br>kelainan tulang belakang? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| o Apakah Anda pernah/sedang didiagnosa menderita Penyakit Tulang dan<br>Otot selain yang disebutkan di atas?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| o Jika Ya, sebutkan diagnosanya .....   |                          |                          |   |
| o Kapan terdiagnosa? .....  |                          |                          |   |
| o Obat-obatan apa saja yang diberikan .....   |                          |                          |   |
| o Pengobatan apa saja yang sudah diberikan/dilakukan serta nama<br>rumah sakit dan dokter yang merawat? .....   |                          |                          |   |
| <b>9 Ginekologis</b>  |                          |                          |   |
| o Apakah Anda pernah/sedang menderita Myoma ( <i>Uterine Fibroids</i> )?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| o Apakah Anda pernah/sedang menderita Kista Ovarium?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| o Apakah terdapat benjolan pada payudara Anda?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| o Apakah Anda sedang/pernah didiagnosa menderita Penyakit Ginekologis<br>selain yang disebutkan di atas?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| o Jika Ya, sebutkan diagnosanya .....   |                          |                          |   |
| o Kapan terdiagnosa? .....  |                          |                          |   |
| o Obat-obatan apa saja yang diberikan .....   |                          |                          |   |
| o Pengobatan apa saja yang sudah diberikan/dilakukan serta nama<br>rumah sakit dan dokter yang merawat? .....   |                          |                          |   |
| <b>10 Darah</b>   |                          |                          |   |
| o Apakah Anda pernah/sedang menderita Thalassemia atau Anemia?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| o Apakah Anda pernah/sedang menderita Leukemia?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| o Apakah Anda pernah/sedang menderita Haemophilia?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| o Apakah Anda pernah/sedang menderita HIV atau AIDS?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| o Apakah Anda sedang/pernah didiagnosa menderita Penyakit Kelainan<br>Darah selain yang disebutkan di atas?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| o Jika Ya, sebutkan diagnosanya .....   |                          |                          |   |
| o Kapan terdiagnosa? .....  |                          |                          |   |
| o Obat-obatan apa saja yang diberikan .....   |                          |                          |   |
| o Pengobatan apa saja yang sudah diberikan/dilakukan serta nama<br>rumah sakit dan dokter yang merawat? .....   |                          |                          |   |



|   | Calon Tertanggung |       | Jika "Ya" mohon jelaskan dengan lengkap |
|---|-------------------|-------|---|
|   | Ya                | Tidak |   |
| <b>11 Darah Tinggi/Hipertensi/Dyslipidemia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Apakah Anda pernah/sedang terdiagnosa/menderita Darah Tinggi/Hipertensi? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</li> <li>○ Apakah Anda pernah/sedang terdiagnosa/menderita <i>Dyslipidemia</i>? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</li> </ul>   |                   |       |   |
| <b>12 Telinga, Hidung, Tenggorokan, Mata</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Apakah Anda pernah/sedang terdiagnosa penyakit pada Telinga, Hidung, Tenggorokan dan Mata? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Jika Ya, sebutkan diagnosanya .....</li> <li>□ Kapan terdiagnosa? .....</li> <li>□ Obat-obatan apa saja yang diberikan .....</li> <li>□ Pengobatan apa saja yang sudah diberikan/alat bantu yang digunakan serta nama rumah sakit dan dokter yang merawat? .....</li> </ul> </li> <li>○ Apakah Anda pernah/sedang terdiagnosa penyakit/gangguan pada mata? Termasuk gangguan refraksi mata, tekanan pada bola mata, gangguan retina, <i>lazy eyes</i>, ptosis? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Jika Ya, sebutkan diagnosanya .....</li> <li>□ Jika ada kelainan refraksi mata <math>\geq 5</math> dioptri/<math>&lt; 5</math> dioptri, kapan terdiagnosa? .....</li> <li>□ Obat-obatan apa saja yang diberikan .....</li> <li>□ Pengobatan apa saja yang sudah diberikan/ alat bantu yang digunakan serta nama rumah sakit dan dokter yang merawat? .....</li> </ul> </li> </ul> |                   |       |   |
| <b>13 Kelainan Bawaan</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Apakah Anda pernah/sedang terdiagnosa Penyakit/kelainan Bawaan Lahir/keturunan? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Jika Ya, sebutkan diagnosanya .....</li> <li>□ Kapan terdiagnosa? .....</li> <li>□ Obat-obatan apa saja yang diberikan .....</li> <li>□ Pengobatan apa saja yang sudah diberikan/dilakukan serta nama rumah sakit dan dokter yang merawat? .....</li> </ul> </li> </ul>  |                   |       |   |
| <b>14 Penyakit/Kelainan Cacat Fisik dan Penggunaan Alat Bantu</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Apakah Anda pernah/sedang terdiagnosa penyakit/kelainan, cacat fisik, atau kecelakaan lain yang tidak disebutkan di atas? Atau menggunakan alat bantu dalam bentuk apapun? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Jika Ya, sebutkan diagnosanya .....</li> <li>□ Kapan terdiagnosa? .....</li> <li>□ Obat-obatan apa saja yang diberikan .....</li> <li>□ Pengobatan apa saja yang sudah diberikan/dilakukan serta nama rumah sakit dan dokter yang merawat? .....</li> </ul> </li> </ul>   |                   |       |   |
| <b>15 Pertanyaan Khusus Wanita</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Apakah saat ini sedang hamil? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Jika Ya, mohon sebutkan usia kehamilan? .....</li> </ul> </li> <li>○ Apakah Anda pernah/sedang terdiagnosa penyakit/komplikasi selama kehamilan seperti diabetes gestasional, hipertensi atau penyakit lainnya? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Jika Ya, sebutkan diagnosanya .....</li> <li>□ Kapan terdiagnosa? .....</li> <li>□ Obat-obatan apa saja yang diberikan .....</li> <li>□ Pengobatan apa saja yang sudah diberikan/dilakukan serta nama rumah sakit dan dokter yang merawat? .....</li> </ul> </li> </ul>   |                   |       |   |



## c. Sejarah Kesehatan Keluarga

Apakah Calon Tertanggung memiliki **kerabat tingkat pertama** (ayah, ibu, saudara laki-laki, saudara perempuan, anak-anak) atau **keluarga** (paman, bibi, kakek, nenek, keponakan, sepupu) yang menderita/memiliki riwayat Kanker, Diabetes, Hipertensi, Penyakit Jantung, Penyakit Ginjal, Polikistik Ginjal, Gangguan Mental atau Saraf, Stroke sebelum berusia 60 (enam puluh) tahun?

Tidak  Ya Jika Ya, silahkan di isi tabel di bawah ini:

| Hubungan dengan Calon Tertanggung | Penyakit / Kondisi | Usia pada saat terkena penyakit | Usia pada saat ini | Usia pada saat meninggal | Sebab Meninggal |
|-----------------------------------|--------------------|---------------------------------|--------------------|--------------------------|-----------------|
| 1. Ayah                           |                    |                                 |                    |                          |                 |
| 2. Ibu                            |                    |                                 |                    |                          |                 |
| 3. Anak                           |                    |                                 |                    |                          |                 |
| 4. Saudara Laki-Laki              |                    |                                 |                    |                          |                 |
| 5. Saudara Perempuan              |                    |                                 |                    |                          |                 |
| 6. Keluarga Lainnya: .....        |                    |                                 |                    |                          |                 |

## d. Dokter yang Sering Dikonsultasikan

Oleh Calon Tertanggung:

| Nama Dokter | Alamat Praktik | Untuk Pengobatan |
|-------------|----------------|------------------|
| 1.          |                |                  |
| 2.          |                |                  |
| 3.          |                |                  |

## e. Data Kepemilikan Asuransi

Apakah Calon Tertanggung juga sebagai Tertanggung pada Polis lain di PT AXA Financial Indonesia dan/atau Perusahaan Asuransi Jiwa lain?

Tidak  Ya Jika Ya, mohon bisa dijelaskan

| Nomor Polis | Nama Perusahaan | Tipe Asuransi | Uang Pertanggungan | Keputusan |
|-------------|-----------------|---------------|--------------------|-----------|
|             |                 |               |                    |           |
|             |                 |               |                    |           |

## f. Hobi

|   | Calon Tertanggung        |                          | Jika "Ya" mohon jelaskan dengan lengkap |
|---|--------------------------|--------------------------|---|
|   | Ya                       | Tidak                    |   |
| Apakah Anda memiliki hobi atau sewaktu waktu melakukan kegiatan yang berisiko tinggi tersebut di bawah ini: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| a. Mendaki gunung/kegiatan mendaki  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| b. Menyelam/scuba diving  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| c. Olah raga bermotor (termasuk balap motor/mobil)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| d. Terbang layang/terjun payung   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| e. Selancar air/perahu layar  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| f. Hobi/kegiatan olah raga berisiko tinggi lainnya .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |



**Catatan Penting :**  
**Important Notes :**

1. Melengkapi salinan KTP/Identitas Pemegang Polis  
*Complete a copy of the KTP/Policy Holder Identity*
2. Melampirkan RIPLAY Personal/Proposal  
*To attach a new RIPLAY Personal/Proposal*
3. Perubahan Plan dapat dilakukan mulai dari tahun polis ke-2 (dua) dan Plan yang baru akan mulai berlaku pada saat Ulang Tahun Polis  
*Change Plan is applicable starting from Policy Year 2 (two) and the new Plan will be effective on Policy Anniversary*
4. Khusus untuk kenaikan plan, maka ketentuan Masa Tunggu akan diberlakukan kembali sejak tanggal kenaikan plan disetujui sesuai ketentuan Polis  
*Specifically for upgrade plan, waiting Period will be re-applied from the date of approved in accordance with the Policy.*

**Pernyataan dan Kuasa:**  
**Authority and Statement:**

Dengan ini Saya/Kami menyatakan dan menyetujui bahwa :  
In this Occasion, I/We declare and Agree that :

1. Telah membaca, mengerti dan mengisi semua pertanyaan pada formulir ini dengan jujur, lengkap dan sesuai dengan keadaan sebenarnya.  
*Has been read, understand and fill all the questions on this form with the honesty, complete, and based on true condition.*
2. 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).  
*Information that I/we give in here has been related to the contact information updated is true based on our privacy data and because of that I/We have an authority will give a permission to AFI using our privacy data (including contact information updated to the 3rd side of AFI in effort give a service based on the product I/we bought dan giving a permission AFI to contacted I/We to giving an information about the service and product by the communication channel that I/We give).*

Meterai Rp 10.000,-  
Stamp duty

Pemegang Polis  
Policy Holder

Tertanggung  
Insured

PT AXA Financial Indonesia berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

**PT AXA Financial Indonesia**  
**Customer Care Centre**

AXA Tower Lt. 18

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

e-mail: [customer@axa-finacial.co.id](mailto:customer@axa-finacial.co.id)



**Head Office**

AXA Tower Lt. 17

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



[www.axa.co.id](http://www.axa.co.id)



AXA Indonesia



axaindonesia

Hal. 7 dari 7

Version May 2025



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