



# Formulir Pengajuan Perubahan Turun Plan (*Downgrade*) Asuransi Kesehatan Tradisional

Formulir wajib diisi oleh Pemegang Polis

## INFORMASI PENTING



Baca dengan seksama petunjuk pada Formulir.



Lengkapi dan lampirkan salinan identitas diri (KTP/KITAS).



Lengkapi Formulir Pengajuan dan kirim ke PT AXA Financial Indonesia.

Petunjuk Pengisian Formulir

- Semua bagian dalam Formulir ini wajib diisi dengan huruf CETAK, LENGKAP dan BENAR serta jelas terbaca oleh Penanggung sesuai dengan fakta yang sebenarnya.
- Satu Formulir hanya berlaku untuk satu nomor Polis pada PT AXA Financial Indonesia ("AFI").
- Mohon menandatangani setiap koreksi penulisan/pengisian dalam bentuk coretan sesuai dengan spesimen tanda tangan.
- Pastikan semua informasi yang dibutuhkan telah dipenuhi dan Anda telah membaca seluruh syarat dan ketentuan, serta pernyataan dan kuasa sebelum menandatangani.

## Informasi Data Polis (Wajib Diisi)

Nomor Polis	:	<input type="text"/>
Nama Pemegang Polis	:	<input type="text"/>
Nama Tertanggung	:	<input type="text"/>
No KTP/KITAS Pemegang Polis	:	<input type="text"/>
Nomor <i>Handphone</i>	:	<input type="text"/>
<i>Email</i>	:	<input type="text"/>
Alamat Korespondensi	:	<input type="text"/>
		<input type="text"/>
	Kota	<input type="text"/>
	Kode Pos	<input type="text"/>

### Catatan:

Apabila data Polis yang dicantumkan pada Formulir ini berbeda dengan data Polis yang tercatat pada sistem Penanggung, maka pengisian ini akan dianggap sebagai perubahan data Polis.

## Checklist Dokumen

Mohon beri tanda cek (√) pada list dokumen yang diserahkan:

Tipe Dokumen	√	Nama Dokumen
Asli		Formulir Pengajuan Perubahan Turun Plan ( <i>Downgrade</i> ) Asuransi Kesehatan Tradisional
Salinan		Salinan Identitas Diri (KTP/KITAS) Pemegang Polis

## Perubahan Turun Plan (*Downgrade*)

Dengan ini Saya mengajukan permohonan Turun *Plan (Downgrade)* dengan *detail* sebagai berikut :

Nama Produk :  **Maestro Elite Care**  **Maestro Optima Care**  
 **AXA Health Protector**

Nama Plan Saat ini : \_\_\_\_\_

Nama Plan baru yang diinginkan (*Downgrade*) : \_\_\_\_\_

### Catatan Penting :

- Pengajuan *Downgrade* dilakukan minimum 30 hari sebelum ulang tahun Polis



### Keterangan Perpajakan (Wajib Diisi)

a. Apakah Pemegang Polis/Tertanggung adalah Warga Negara Amerika Serikat (USA) atau Wajib Pajak Amerika Serikat (USA)?

 Ya Tidak

Bila "Ya", mohon cantumkan **Taxpayer Indication Number (TIN)** dan isi serta lampirkan **Formulir W8-BEN** atau **W9**

Pemegang Polis

Tertanggung

b. Apakah Pemegang Polis/Tertanggung 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

Bila "Ya", mohon cantumkan **Taxpayer Indication Number (TIN)** dan isi serta lampirkan **Formulir W8-BEN** atau **W9**

Pemegang Polis

Tertanggung

### Pernyataan dan Kuasa

Dengan ini Saya 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 ajukan akan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari Polis. Saya menyetujui bahwa setiap perubahan sesuai dengan tata cara yang tercantum dalam standar operasional prosedur perubahan yang dilakukan oleh AFI. Sehubungan dengan perubahan Polis yang Saya ajukan, Saya juga memberi kuasa kepada perusahaan untuk mengubah Polis sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
3. Pengajuan ini hanya dapat diproses apabila Saya telah melengkapi persyaratan yang diperlukan oleh AFI.
4. Segala akibat yang timbul sehubungan dengan Perubahan Polis menjadi tanggung jawab Saya sepenuhnya dan dengan ini, Saya membebaskan AFI dari segala macam tuntutan dan gugatan dalam bentuk apapun dan pihak manapun termasuk dari Saya.
5. Informasi yang Saya berikan pada formulir ini adalah benar data pribadi Saya dan Saya dengan ini memberikan kuasa kepada AFI dan pihak ketiga lainnya untuk dapat memeriksa kebenaran dan keakuratan data, mengizinkan dan memberikan persetujuan kepada AFI untuk menyimpan, menggunakan, menyerahkan, mengungkapkan atau memberikan informasi dan/atau data yang berkaitan dengan diri Saya kepada pihak lain sesuai dengan Undang-Undang Nomor 27 Tahun 2022 Tentang Perlindungan Data Pribadi dan juga peraturan perundang-undangan terkait Perlindungan Data Pribadi lainnya yang berlaku sesuai dengan tujuan pemrosesan data yang tertera pada SPAJ/K, dalam rangka memberikan pelayanan yang sesuai dengan produk yang telah Saya beli dan mengizinkan AFI untuk menghubungi Saya untuk memberikan informasi mengenai produk dan pelayanan melalui saluran komunikasi yang telah Saya berikan.
6. Saya mengakui dan menyetujui bahwa Formulir ini dapat ditandatangani dengan tanda tangan elektronik (baik seluruhnya atau sebagian), yang harus dianggap sebagai tanda tangan asli untuk semua tujuan dan yang memiliki kekuatan hukum yang sama dengan tanda tangan asli (basah). Saya mengakui dan menyetujui bahwa, dalam setiap proses hukum dalam setiap hal yang sehubungan dengan Formulir ini dan/atau produk asuransi dan/atau permohonan ini, Saya secara tegas mengesampingkan setiap hak untuk :
  - a. Mengajukan pembelaan atau pelepasan tanggung jawab/kewajiban; dan/atau
  - b. Membatalkan Formulir ini, atas alasan penandatanganan Formulir ini oleh Saya dengan tanda tangan elektronik.
7. 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 AFI dalam menerima atau menolak permintaan tersebut dan/atau menetapkan jumlah Premi.
8. Saya menyatakan dan menjamin bahwa semua Informasi Nasabah yang Saya berikan dalam Formulir ini, serta setiap Formulir dan dokumen lainnya yang disyaratkan oleh AFI ("Dokumen Permohonan") sebagai bagian dari Permintaan Pemulihan Polis dan/atau 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 Formulir 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/Pertanggungjawaban Tambahan/Polis Tambahan) dengan pengembalian Premi (atau Biaya Asuransi dari Asuransi/Polis Dasar/Pertanggungjawaban 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/Pertanggungjawaban 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/ Pertanggungjawaban Tambahan/Polis Tambahan), termasuk menambahkan risiko yang dikecualikan, menyesuaikan Uang Pertanggungjawaban, 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 kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi (jika ada).
9. Sehubungan dengan klausul Pembatalan atau Pengakhiran Polis sebagaimana disebutkan di atas, Saya dengan ini menegaskan bahwa:
- a. Penandatanganan Formulir ini oleh Saya merupakan bentuk persetujuan atas pembatalan atau pengakhiran Polis oleh AFI jika terjadi hal-hal yang dimaksud dalam butir [8]; 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 Pernyataan dan Kuasa ini dan Saya memahami bahwa Pernyataan dan Kuasa ini sebagai dokumen yang tidak dapat terpisahkan dari dokumen Formulir yang Saya ajukan kepada AFI. Saya menandatangani Pernyataan dan Kuasa ini dengan keadaan sadar dan tanpa ada pemaksaan dari pihak manapun.

Dibuat dan ditandatangani di \_\_\_\_\_, tanggal \_\_\_\_\_

Pemegang Polis	Tertanggung
Nama Lengkap : _____	Nama Lengkap : _____

**Diisi oleh Tenaga Pemasar PT AXA Financial Indonesia yang membantu**

Kode Tenaga Pemasar	:	
Nama Tenaga Pemasar	:	
Nama Group Tenaga Pemasar	:	

PT AXA Financial Indonesia berizin dan diawasi 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  
 Email: customer@axa-financial.co.id  
 Link Live Chat: www.axa.co.id



www.axa.co.id AXA Indonesia axaindonesia