



# Formulir Pengajuan Transfer Maestro Elite Care ke Maestro Optima Care

Formulir wajib diisi oleh Pemegang Polis

## INFORMASI PENTING



Baca dengan seksama petunjuk pada Formulir.



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



Lengkapi Formulir Pengajuan dan kirim ke PT AXA Financial Indonesia.

### Petunjuk Pengisian Formulir

1. Semua bagian dalam Formulir ini wajib diisi dengan huruf CETAK, LENGKAP dan BENAR serta jelas terbaca oleh Penanggung sesuai dengan fakta yang sebenarnya.
2. Satu Formulir hanya berlaku untuk satu nomor Polis pada PT AXA Financial Indonesia ("AFI").
3. Mohon menandatangani setiap koreksi penulisan/pengisian dalam bentuk coretan sesuai dengan spesimen tanda tangan.
4. 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 Handphone	:	<input type="text"/>
Email	:	<input type="text"/>
Alamat Korespondensi	:	<input type="text"/>
		<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.

## Transfer Plan

Plan Maestro Elite Care saat ini : (Current plan Maestro Elite Care:)

Platinum       Gold       Silver       Silver Xtrasave

Dengan ini mengajukan transfer/konversi ke Maestro Optima Care plan :

(Hereby I submit transfer/conversion to the Maestro Optima Care with the following plan :)

Opal Blue Xtrasave       Opal Blue       Opal Xtrasave       Opal  
 Emerald Blue Xtrasave       Emerald Blue       Emerald Xtrasave       Emerald  
 Ruby Blue Xtrasave       Ruby Blue       Ruby Xtrasave       Ruby  
 Diamond Xtrasave       Diamond



### Checklist Dokumen

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

Tipe Dokumen	√	Nama Dokumen
Asli		Formulir Pengajuan Transfer Maestro Elite Care ke Maestro Optima Care
		Proposal Ilustrasi Maestro Optima Care
Salinan		Salinan Identitas Diri (KTP/KITAS) Pemegang Polis
		Bukti Bayar Premi
		Hasil Medis (jika ada)

### Pernyataan Kesehatan (Medical Statement)

- 1 Apakah Tertanggung pernah mendapatkan saran medis, didiagnosis, dirawat atau medapatkan pengobatan untuk kondisi-kondisi berikut : Tumor Otak, Kanker, Tekanan Darah Tinggi, Diabetes, Hepatitis B, Hepatitis C, Gagal Hati/Sirosis Hati, Stroke, Penyakit Jantung\*, Penyakit Ginjal atau Gagal Ginjal, Sistemik Lupus Eritematosus, Multiple Sclerosis, Penyakit Paru Obstruktif Kronis (Chronic Obstructive Pulmonary Disease), Nyeri Sendi, Kelainan/Gangguan pada Tulang Rangka atau Tulang Belakang?  
 \*) mengacu pada Serangan Jantung, Gagal Jantung, Penyakit Jantung Koroner, Penyakit Jantung Iskemik, Penyakit Katup Jantung, Aritmia Jantung.

*(Has insured ever been advised, or been diagnosed, or treated for any of the following conditions: Brain Tumor, Cancer, High Blood Pressure, Diabetes, Hepatitis B, Hepatitis C, Liver Failure/Liver Cirrhosis, Stroke, Heart Diseases\*, Kidney Disease or Failure, Systemic Lupus Erythematosus, Multiple Sclerosis, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Joint Pain, Skeletal or Spinal Disorder?)*

*\*Heart Diseases refers to heart attack, heart failure, coronary artery diseases, ischemic heart diseases, valvular heart disease, cardiac arrhythmia.*

Ya, Jelaskan secara detail (termasuk tanggal, bulan, dan tahun)  
*(Yes, Please explain in the details (include date, month, and year))*

Tidak  
*(No)*

- 2 Apakah Tertanggung sedang memiliki suatu gejala atau kondisi dimana dalam waktu 12 (dua belas) bulan kedepan Tertanggung telah/akan berencana/direncanakan untuk melakukan pembedahan atau perawatan/pengobatan medis berkaitan dengan gejala atau kondisi medis tersebut?

*(Has insured had any ongoing symptoms or conditions for which surgical or medical treatment is planned or will be planned to take place within the next 12 (twelve) months ?)*

Ya, Jelaskan secara detail (termasuk tanggal, bulan, dan tahun)  
*(Yes, Please explain in the details (include date, month, and year))*

Tidak  
*(No)*

- 3 Apakah Tertanggung pernah berkonsultasi pada seorang Praktisi Medis, dirawat di Rumah Sakit atau perawatan di rumah, atau menderita penyakit berselang atau berulang dalam 5 (lima) tahun terakhir ?

*(Has Insured have consulted to any medical practitioner, been admitted to hospital or a nursing home, or suffered form any intermittent or recurring illness in the last 5 (five) years ?)*

Ya, Jelaskan secara detail (termasuk tanggal, bulan, dan tahun)  
*(Yes, Please explain in the details (include date, month, and year))*

Tidak  
*(No)*

Diagnosa *(What is the diagnosis)* \_\_\_\_\_

Nama Rumah Sakit : *(Hospital Name)* \_\_\_\_\_

Sejak kapan & lama dirawat (apabila Rawat inap)

*(When did it start & length of stay (inpatient))* \_\_\_\_\_

Nama dan alamat dokter (jenis spesialisasi)

*(Name & address of doctor (spesific specialization))* \_\_\_\_\_

#### Catatan :

- Perubahan Transfer/Konversi hanya dapat diajukan pada saat Ulang Tahun Polis *(Transfer/conversion can only be submitted at the time of Policy Anniversary)*
- Lampirkan ilustrasi proposal pada saat pengajuan Formulir ini *(Attach proposal illustration when submitted this Form)*



### 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 (Statements and Authorization)

Dengan ini Saya menyatakan dan menyetujui bahwa: *(I hereby declare and agree that:)*

1. Telah membaca, mengerti dan mengisi semua pertanyaan pada Formulir ini dengan jujur, lengkap dan sesuai dengan keadaan sebenarnya. *(I have read, understood, and filled out all questions on this form honestly, completely, and accurately)*
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. *(The change request submitted by Me will become an integral part of the Policy. I agree that any changes will be in accordance with the procedures set out in AFI's standard operating procedures for Policy Changes. In connection with the Policy Changes submitted by Me, I also authorize the company to amend the Policy in accordance with the applicable provisions.)*
3. Pengajuan ini hanya dapat diproses apabila Saya telah melengkapi persyaratan yang diperlukan oleh AFI. *(This application can only be processed if I have fulfilled all requirements set by 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. *(All consequences arising in connection with the Policy Changes shall be My full responsibility. By signing this, I release AFI from any claims and lawsuits in any form and from any party, including from Myself)*
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. *(The information I provide on this form is My true personal data, and I hereby authorize AFI and other third parties to verify the truth and accuracy of the data, and I authorize and consent to AFI to collect, use, submit, disclose, or provide information and/or data related to Me to other parties in accordance with Law Number 27 of 2022 concerning Personal Data Protection and other applicable regulations related to Personal Data Protection in accordance with the data processing objectives stated in the SPAJ/K, in order to provide services in accordance with the products that I have purchased and to allow AFI to contact Me to provide information about products and services through the communication channels that I have provided.)*
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 :

*(I acknowledge and agree that this Form may be signed with an electronic signature (either in whole or in part), which shall be*



*deemed an original signature for all purposes and shall have the same legal force as an original (wet) signature. I acknowledge and agree that, in any legal proceedings in any matter relating to this Form and/or insurance product and/or this application, I expressly waive any right to :)*

- a. Mengajukan pembelaan atau pelepasan tanggung jawab/kewajiban; dan/atau *(Submit a defense or release of responsibility/obligation; and/or)*
  - b. Membatalkan Formulir ini, atas alasan penandatanganan Formulir ini oleh Saya dengan tanda tangan elektronik. *(Cancel this Form, on the grounds that I signed this Form with an electronic signature.)*
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. *(I understand that I have an obligation to act in utmost good faith in every Policy Reinstatement/Policy Change Request. Therefore, I understand that I am required to disclose accurately and completely all material facts, including data, information, answers, explanations, circumstances, statements, and facts ("Customer Information") that may affect AFI's consideration in accepting or rejecting the request and/or determining the premium amount.)*
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:  
*(I declare and guarantee that all Customer Information I provide in this Form, as well as any other forms and documents required by AFI ("Application Documents") as part of the Policy Reinstatement and/or Policy Change Request, is complete, true, accurate, up-to-date, in accordance with the actual facts and consistent with each other, and that I have not hidden any Customer Information, either intentionally or unintentionally. If any Customer Information is found to be incomplete, incorrect, inaccurate, out of date, inconsistent with the actual facts and/or inconsistent with each other, or if there is any Customer Information that I have hidden, by signing this Form, I **AGREE AND CONSENT** to AFI doing the following:)*
- a. Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi; *(Reject any Insurance Benefit claims submitted and not pay all or part of the Insurance Benefits;)*
  - 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); *(Cancel the Policy (either in whole or only limited to the Insurance/Basic Policy/Additional Coverage/Additional Policy) with a refund of the Premium (or Insurance Costs from the Insurance/Basic Policy/Additional Coverage/Additional Policy) that has been paid after deducting the internal medical examination costs, Insurance Benefits that have been paid and costs incurred at the time of Policy issuance (if any);)*
  - 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. *(Terminate the Policy (either in whole or only limited to Insurance/Basic Policy/Additional Coverage/Supplementary Policy), without any obligation to refund Premium and/or Insurance Costs, if there is fraud, falsification, or intentional error in the submission of any Customer Information stated in the Application Document, or if there is any concealment of actual Customer Information in the Application Document. Regarding such termination, I also agree that AFI will only pay the Cash Value (specifically for Insurance Products linked to Investments), if any.)*
  - 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 *(Conducting a risk reassessment (re-underwriting) and adding additional terms and conditions to the Policy (whether Insurance/Basic Policy/Additional Coverage/Supplementary Policy), including adding risk exclusions, adjusting the Sum Insured, and/or adjusting the amount of Premium or Insurance Cost payable; and/or)*
  - 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).

*(Collecting the shortage of Premium and/or Insurance Cost in the result of re-underwriting, where the amount of Premium and/or Insurance Cost to be paid is higher than stated in the Policy. AFI also has the right to set-off the shortfall in payment against the Cash Value in my Policy and/or the Insurance Benefits to be paid; in this case, I am obliged to pay the shortfall in Premiums and/or Insurance Cost (if any)).*

9. Sehubungan dengan klausul Pembatalan atau Pengakhiran Polis sebagaimana disebutkan di atas, Saya dengan ini menegaskan bahwa: *(With regard to the clause on Policy Cancellation or Termination as stated above, I hereby confirm that:)*
- 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 *(My signature on this Form constitutes my consent to the cancellation or termination of the Policy by AFI in accordance with the conditions set out in point [8] above; and)*
  - 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. *(I agree to disregard the terms of Article 1266 of the Indonesian Civil Code and/or other applicable laws and regulations that require the termination or cancellation of the Policy to be carried out based on a judgment of the court.)*

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.

*(I agree to the contents of this Statement and Authorization and I understand that this Statement and Authorization are an inseparable part of the Form that I have submitted to AFI. I sign this Statement and Authorization in a state of full consciousness and without coercion from any party.)*

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](mailto:customer@axa-financial.co.id)  
 Link Live Chat: [www.axa.co.id](http://www.axa.co.id)

