



# Formulir Pengajuan/Perubahan Data Termaslahat 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.

## Checklist Dokumen

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

Tipe Dokumen	√	Nama Dokumen
Asli		Formulir Pengajuan/Perubahan Data Termaslahat
		Surat Pernyataan bermeterai (jika dibutuhkan)
Salinan		Salinan Identitas Diri (KTP/KITAS) Pemegang Polis
		Salinan Kartu Keluarga/Akta Lahir/Akta Nikah

## Perubahan Termaslahat/Ahli Waris

**Keterangan :** Persentase harus diisi dan total harus sama dengan 100%. Apabila tidak diisi, maka masing-masing akan mendapatkan bagian yang sama. Lampirkan dokumen yang menunjukkan hubungan dengan tertanggung (contoh : Akta Nikah atau Kartu Keluarga)

Nama Lengkap Termaslahat/Ahli Waris	Hubungan dengan Tertanggung	Nomor Identitas Diri	Persentase (%)	Tanggal Lahir (dd/mm/yyyy)	Jenis Kelamin (L/P)
			%	/ /	L / P
			%	/ /	L / P
			%	/ /	L / P
			%	/ /	L / P
			%	/ /	L / P



## 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.

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



[www.axa.co.id](http://www.axa.co.id) AXA Indonesia [axaindonesia](https://www.instagram.com/axaindonesia)