



# Formulir Pengajuan Perubahan Turun *Plan* (*Downgrade*)

### INFORMASI PENTING

- Hanya Pemegang Polis yang diperkenankan mengisi Formulir Pengajuan Perubahan Turun *Plan* (*Downgrade*)
- Formulir ini hanya berlaku untuk produk asuransi kesehatan
- Cara mudah untuk Pengajuan Perubahan Turun *Plan* (*Downgrade*):



Baca dengan seksama petunjuk pada formulir.



Isi dengan lengkap dan lampirkan fotokopi identitas diri (KTP/SIM/Paspor/KITAS)



Lengkapi alamat saat ini, email dan nomor telepon, serta kirim formulir ke PT AXA Financial Indonesia.

### Informasi Data Polis

Nomor Polis:

Nama Pemegang Polis:

Nama Tertanggung:

### Perubahan Turun *Plan* (*Downgrade*)

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

Nama Produk: \_\_\_\_\_

Nama Plan saat ini : \_\_\_\_\_

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

**Keterangan:** Mohon dipastikan penulisan nama *Plan* terbaru sudah sesuai.

### Pernyataan dan Kuasa

Dengan ini Saya / Kami 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/Kami ajukan akan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari Polis. Saya/Kami menyetujui bahwa setiap perubahan sesuai dengan tata cara yang tercantum dalam standar operasional prosedur perubahan yang dilakukan oleh PT AXA Financial Indonesia (AFI). Sehubungan dengan perubahan Polis yang Saya/Kami ajukan, Saya/Kami juga memberi kuasa kepada perusahaan untuk mengubah Polis sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
3. Pengajuan ini hanya dapat diproses apabila Saya/Kami telah melengkapi persyaratan yang diperlukan oleh AFI.
4. Segala akibat yang timbul sehubungan dengan Perubahan Polis menjadi tanggung jawab Saya/Kami sepenuhnya dan dengan ini, Saya/Kami membebaskan AFI dari segala macam tuntutan dan gugatan dalam bentuk apapun dan pihak manapun termasuk dari Saya/Kami.
5. Apabila terdapat perubahan Pemegang Polis maka Saya/Kami mengerti dan menyetujui bahwa seluruh hak dan kewajiban atas Polis akan beralih kepada Pemegang Polis yang baru sejak tanggal disetujuinya perubahan oleh AFI.
6. Informasi yang Saya/Kami berikan pada formulir ini 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.

Nama Pemegang Polis

Tanda Tangan

Tanggal

PT AXA Financial Indonesia berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

POS/001/07/02/2025

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://twitter.com/axaindonesia)



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](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





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