



Jangan menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong

Saya yang bertanda-tangan di bawah ini:

Nama Pemegang Polis : _____

Nama Tertanggung : _____

No. Polis : [] [] [] - [] [] [] [] [] []

Mata Uang : ☐ Rp ☐ USD

Mengajukan transaksi sebagai berikut :

☐ **LUMPSUM TOP UP (Top Up Sekaligus)**

Nominal : _____

Sumber dana untuk investasi :

☐ Gaji ☐ Tabungan
☐ Bisnis ☐ Lain-lain _____

Penghasilan :

☐ s/d Rp. 120 juta /tahun ☐ Rp.120 juta s/d Rp.240 juta /tahun
☐ Rp.240 juta s/d Rp.600 juta /tahun ☐ > Rp. 600 juta /tahun

Pembayaran dilakukan melalui : ☐ Transfer ☐ ATM

Alokasi Top Up Sekaligus :

☐ DMRP _____ %
☐ PMRP _____ %
☐ SMRP _____ %
☐ SMUS _____ %

Ketentuan Top Up Sekaligus:

1. Jumlah minimum Top Up Sekaligus adalah Rp. 1.000.000 / USD100 per-transaksi.
2. Jika prosentase tidak dilengkapi maka prosentase akan mengikuti yang telah ada.
3. Top Up Sekaligus dapat dilakukan kapan saja.
4. Transaksi akan dijalankan sesudah Pengajuan disetujui dan premi yang dibayarkan telah diterima di rekening Penanggung. Jumlah unit yang akan didapat ditentukan berdasarkan Harga Unit yang berlaku pada tanggal Perhitungan setelah Pengajuan disetujui dan pembayaran premi diterima di rekening Penanggung.

☐ **REGULAR TOP UP (Top Up Berkala)**

☐ Jumlah premi Top Up Berkala: Rp/USD _____ (sesuai cara bayar premi saat ini)
☐ Pembatalan Top Up Berkala

Ketentuan Top Up Berkala:

1. Jumlah minimum Top Up Berkala adalah Rp.1.000.000 / USD100 per-tahun.
2. Top Up Berkala baru akan berlaku efektif pada tanggal jatuh tempo premi berikutnya.

☐ **Perubahan Alokasi Dana Investasi**

☐ Perubahan untuk dana yang telah terhimpun saja (switching)
☐ Perubahan untuk dana yang akan dibayarkan berikutnya saja (redirection)
☐ Perubahan untuk keduanya, baik dana yang telah terhimpun maupun yang akan dibayarkan berikutnya (switching & redirection)

Alokasi investasi yang BARU menjadi sebagai berikut :
(jumlah tota prosentase alokasi investasi harus 100%)

SCHROEDERS

☐ DMRP _____ %
☐ PMRP _____ %
☐ SMRP _____ %

Ketentuan Perubahan:

1. Jumlah minimum switching adalah Rp. 1.000.000 atau USD 100 per transaksi.
2. Minimum alokasi per-jenis investasi 10%.
3. Maksimum hanya 4 (empat) jenis fund yang berbeda.
4. Total prosentase setelah perubahan harus 100%.
5. Perubahan alokasi investasi baru akan berlaku untuk periode pembayaran premi berikutnya.

Jumlah TOTAL 100 %

☐ **PREMIUM HOLIDAY (Cuti Premi)**

☐ Pengajuan
☐ Penghentian

Ketentuan Premium Holiday:

1. Pengajuan cuti premi baru akan berlaku pada tanggal jatuh tempo premi berikutnya.
2. Penanggung tidak menjamin dana mencukupi sampai akhir masa pertanggungan sehingga Polis dapat menjadi batal (lapse) apabila dana sudah habis.

Tanda Tangan Pemegang Polis

Nama Jelas : _____

Tanggal : ____ / ____ / ____

Alamat Saat Ini : _____

Alamat E-mail : _____

Telepon / HP : _____

☐ **WITHDRAWAL (Penarikan Sebagian Dana Investasi)**

SCHROEDERS	Nominal / Unit
☐ DMRP	
☐ PMRP	
☐ SMRP	
☐ SMUS	

Ketentuan Withdrawal:

1. Minimum penarikan dana adalah Rp. 1.000.000 atau USD100 per-transaksi.
2. Sisa saldo setelah penarikan adalah sebesar Rp. 5.000.000 atau USD 500 per-Polis.
3. Jumlah dana yang diterima dapat menjadi lebih besar atau lebih kecil daripada perhitungan saat pengajuan.

☐ **FUND REDEMPTION (Pembatalan Salah Satu Jenis Dana Investasi)**

SCHROEDERS

☐ DMRP
☐ PMRP
☐ SMRP
☐ SMUS

Ketentuan Fund Redemption:

1. Fund redemption hanya dapat dilakukan apabila Polis memiliki lebih dari satu jenis fund.
2. Fund Redemption harus diikuti dengan Redirection, bila tidak, maka dana berikutnya akan masuk ke alokasi fund sebelumnya.

KETERANGAN (berlaku untuk semua proses perubahan) :

1. Pengajuan perubahan ini ditetapkan sesuai dengan Ketentuan-Ketentuan yang tercantum dalam Polis.
2. Permohonan perubahan untuk dua atau lebih jenis transaksi akan diproses menurut prosedur yang berlaku.
3. Perhitungan pajak (bila ada) akan disesuaikan dengan Peraturan Perpajakan yang berlaku.
4. Perubahan akan diproses setelah dokumen asli dan kelengkapan dokumen/data lainnya diterima di Kantor Pusat AXA FINANCIAL INDONESIA.

Nomor Rekening Penerima (untuk transfer penarikan dana investasi)

Nama Bank _____
Cabang _____
Nama Pemilik Rekening _____
No. Rekening (Rp/USD) _____

CATATAN :

1. Apabila nomor rekening tidak dilengkapi, maka dana akan ditransfer ke rekening Pemegang Polis yang tercantum dalam SKDR terakhir.
2. Rekening Penerima selain Pemegang Polis terbatas hanya pada nama-nama Tertanggung atau Termaalihat yang tercantum dalam Polis.

PERNYATAAN

Saya menyatakan telah mendapatkan penjelasan dan sepenuhnya mengerti serta menerima hal-hal di bawah ini :

- a. Besarnya nilai investasi tidak dijamin, dapat meningkat atau menurun sesuai dengan karakteristik dan resiko dari masing-masing jenis dana investasi yang telah Saya pilih.
- b. Segala resiko pemilihan jenis dana investasi sepenuhnya menjadi tanggung jawab Saya.

WAJIB DIISI OLEH OA/AGENT/PFA YANG MEMBANTU :

Nama OA/AGENT/PFA _____
Cabang _____
No. Telepon _____
Alamat Email _____

Kolom Verifikasi untuk diisi oleh Kantor Pusat

Nama / Jabatan	
Tanggal	
Keterangan	
Tanda Tangan	

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-financial.co.id

Link Live Chat: www.axa.co.id



Head Office

AXA Tower Lt. 17

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

Tel: +62 21 5093 6000



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





Pertanggungan, 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