



Formulir Perubahan Data Kontak Nasabah

Formulir wajib diisi oleh Pemegang Polis

INFORMASI PENTING



Baca dengan seksama petunjuk pada formulir



Lengkapi dan lampirkan fotokopi identitas diri (KTP/KITAS)



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 oleh Pemegang Polis/Tertanggung 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 :

Nama Pemegang Polis :

Nama Tertanggung :

Perubahan Data Kontak (Hanya Diisi pada Bagian yang Akan Diubah)

Nomor KTP/KITAS/Paspor* :

Nomor NPWP :

Nomor HP :

Nomor Telepon Rumah :

Nomor Telepon Kantor :

Email :

Alamat Korespondensi :

Kota :

Kode Pos :

*) Untuk WNI wajib mencantumkan nomor KTP

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

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 PT AXA Financial Indonesia (untuk selanjutnya disebut "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 sehubungan dengan perubahan data kontak Saya 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

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](https://www.instagram.com/axaindonesia)