



# Formulir Perubahan Polis Finansial

## 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

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

### Jenis Pengajuan Transaksi (Beri Tanda pada Perubahan yang Diajukan)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Perubahan/Penggantian Pemegang Polis | <input type="checkbox"/> Pemulihan Polis              |
| <input type="checkbox"/> Perubahan/Update Data Pribadi        | <input type="checkbox"/> Perubahan Data Pertanggungan |

### Checklist Dokumen

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

Tippe Dokumen	<input checked="" type="checkbox"/>	Nama Dokumen
Asli	<input checked="" type="checkbox"/>	Formulir Perubahan Finansial
	<input checked="" type="checkbox"/>	Formulir Beneficial Owner untuk Perorangan/non Perorangan (jika ada)
	<input checked="" type="checkbox"/>	RIPLAY Personal/Proposal sesuai perubahan <i>plan</i> (jika ada)
	<input checked="" type="checkbox"/>	Kuisisioner Data Pribadi (Kebiasaan, Hobi, dan Data Kesehatan) (jika ada)
Salinan	<input checked="" type="checkbox"/>	Salinan Identitas Diri (KTP/KITAS) Pemegang Polis
	<input checked="" type="checkbox"/>	Bukti Bayar (untuk Pengajuan Perubahan Polis/Pemulihan Polis)
	<input checked="" type="checkbox"/>	Hasil Pemeriksaan Medis (jika ada)



## A. Perubahan/Penggantian Pemegang Polis

**Alasan Perubahan** : \_\_\_\_\_

**Data Pemegang Polis Baru**

Nama Pemegang Polis Baru\* :

No KTP/KITAS (WNI wajib KTP) :

Tempat Lahir :

Tanggal Lahir (dd/mm/yyyy) :

No Handphone :

Alamat Korespondensi :

Kota :

Kode Pos :

Email :

Jenis Kelamin :  Pria  Wanita

Kewarganegaraan :  Indonesia  Lainnya \_\_\_\_\_

Agama :  Islam  Kristen  Katolik  Hindu  Budha  
 Lainnya \_\_\_\_\_

Pekerjaan :  Pemilik Usaha  Karyawan  Ibu Rumah Tangga  Politikus  
 TNI/Polri  PNS  Mahasiswa/Pelajar  Pemuka Agama  
 Lainnya \_\_\_\_\_

Jabatan :

Nama Perusahaan :

Bidang Usaha :  Transportasi  Manufaktur  Sumber Daya Alam  Konstruksi  
 Pemerintahan  Financial  Lainnya \_\_\_\_\_

Penghasilan Kotor per bulan :

Hubungan dengan Tertanggung\*\* :  Suami/Istri  Orang tua  Anak  
 Pemberi Kerja/Karyawan  Lainnya \_\_\_\_\_

Alasan Perubahan : \_\_\_\_\_

**Keterangan :**  
 Khusus untuk Pemegang Polis yang mempunyai Pertanggung Tambahan Payor Waiver, maka WAJIB melampirkan proposal baru sesuai dengan Pemegang Polis yang baru.  
 \*) Lampirkan salinan Kartu Keluarga & salinan kartu identitas calon Pemegang Polis baru. Jika calon Pemegang Polis baru bukan perorangan, maka wajib melengkapi Formulir Beneficial Owner, Akta Pendirian Perusahaan, SIUP, dan NPWP Perusahaan.  
 \*\*) Hubungan antara calon Pemegang Polis baru dengan Tertanggung harus memiliki Insurable Interest

## B. Perubahan/Update Data Pribadi

Perubahan akan dilakukan untuk :  Pemegang Polis  Tertanggung

Isi hanya pada bagian yang akan dilakukan perubahan/update :



Nama :

Nomor KTP/KITAS :

Tempat Lahir :

Tanggal Lahir (dd-mm-yyyy) :  -  -  (catatan : perubahan/koreksi tanggal lahir hanya diperbolehkan dilakukan untuk Pemegang Polis)

Jenis Kelamin :  Pria  Wanita

Kewarganegaraan :  Indonesia  Lainnya .....

Agama :  Islam  Kristen  Katolik  Hindu  
 Budha  Lainnya .....

Pekerjaan :  Pemilik Usaha  Karyawan  PNS  Ibu Rumah Tangga  
 Mahasiswa/Pelajar  TNI/Polri  Politikus  Lainnya .....

Jabatan :

Nama Perusahaan :

Bidang Usaha :

Penghasilan Kotor Per Bulan :

**Catatan :**

Khusus untuk perubahan/update Tanggal Lahir Pemegang Polis yang mempunyai Pertanggung Tambah Payor Waiver, maka WAJIB melampirkan proposal baru sesuai dengan Tanggal Lahir yang benar.

**C. Pemulihan Polis**

Alasan Pemulihan : .....

Pembayaran Pemulihan dilakukan tanggal (dd/mm/yyyy) : .....

Nominal (Rp/USD) : .....

**Catatan :** Lampirkan bukti bayar seluruh Premi Tertunggak.

Pekerjaan Pemegang Polis :  Pemilik Usaha  Karyawan  PNS  Ibu Rumah Tangga  
 Mahasiswa/Pelajar  TNI/Polri  Politikus  Lainnya .....

Jabatan :

Nama Perusahaan :

Bidang Usaha :

**D. Perubahan Data Pertanggung**

Isi dan beri tanda √ sesuai dengan kondisi Polis setelah perubahan

- Perubahan Uang Pertanggung/Nilai Asuransi
- Perubahan Kenaikan Plan/Upgrade Plan Asuransi Kesehatan
- Perubahan Pertanggung Tambah/Rider



Pekerjaan Pemegang Polis :  Pemilik Usaha  Karyawan  PNS  Ibu Rumah Tangga  
 Mahasiswa/Pelajar  TNI/Polri  Politikus  Lainnya .....

Jabatan : \_\_\_\_\_

Nama Perusahaan : \_\_\_\_\_

Bidang Usaha : \_\_\_\_\_

Jenis Plan	Uang Pertanggungan/Nilai Asuransi/Plan Baru	Premi (Rp/USD) (coret yang tidak perlu)
<b>Uang Pertanggungan/Nilai Asuransi Dasar</b>		
AXA Critical Protector	<input type="checkbox"/> Manfaat <i>No Claim Bonus</i> menjadi Manfaat tanpa <i>No Claim Bonus</i>	
	<input type="checkbox"/> Manfaat <i>Booster</i> Pertanggungan menjadi tanpa Manfaat <i>Booster</i> Pertanggungan	
	<input type="checkbox"/> Manfaat <i>No Claim Bonus</i> dan Manfaat <i>Booster</i> Pertanggungan menjadi Manfaat Tanpa <i>No Claim Bonus</i> dan tanpa Manfaat <i>Booster</i> Pertanggungan	
	<input type="checkbox"/> Manfaat <i>No Claim Bonus</i> dan Manfaat <i>Booster</i> Pertanggungan menjadi Manfaat <i>Booster</i> Pertanggungan namun tanpa Manfaat <i>No Claim Bonus</i>	
	<input type="checkbox"/> Manfaat <i>No Claim Bonus</i> dan Manfaat <i>Booster</i> Pertanggungan menjadi Manfaat <i>No Claim Bonus</i> namun tanpa Manfaat <i>Booster</i> Pertanggungan	
<b>Upgrade Plan Asuransi Kesehatan</b>		
AXA Health Protector		

#### Pertanggungan Tambahan

Jenis Plan	Tambah	Hapus	Upgrade/ Downgrade	Uang Pertanggungan/Nilai Asuransi/Plan Baru
- AXA Health Protector				
- AXA Critical Care				
- Easy Health				
- AXA Gen Health				
- Term Life Cover				
- Waiver Platinum Plus				
-				
-				
-				
-				
-				
-				
-				

#### Catatan:

\*Jangka waktu maksimal Pertanggungan/Asuransi Tambahan masih dapat berlaku sesuai dengan Syarat-Syarat Pertanggungan/Asuransi Tambahan



**Pernyataan Kesehatan (wajib diisi)**

(Wajib diisi oleh Tertanggung).  
 Jika terdapat Pertanggung Tambahan Payor Waiver, maka diisi bagian Pemegang Polis dan Tertanggung.  
 Khusus untuk Perubahan Pemegang Polis, hanya diisi bagian Pemegang Polis saja.  
 Setiap jawaban "Ya" wajib dijelaskan di kolom sebelahnya. Apabila jawaban melebihi kolom yang tersedia, mohon menuliskan jawabannya pada Formulir PPA dan dilampirkan bersama Formulir ini.

No	Informasi Tentang Kebiasaan	Tertanggung		Pemegang Polis		Jika "Ya" mohon jelaskan dengan lengkap
		Ya	Tidak	Ya	Tidak	
1	Tinggi badan	..... cm		..... cm		-
2	Berat badan	..... kg		..... kg		-
3	Apakah Anda/Tertanggung pernah/sedang mengonsumsi 1 (satu) atau lebih dari yang disebutkan di bawah ini ?					
	a. Alkohol (Jika Ya, sebutkan berapa banyak konsumsi per minggu?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	o Bir o Anggur/Wine o Minuman beralkohol lainnya	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
b. Rokok (Jika Ya, berapa banyak konsumsi per hari?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
o 1-30 batang/hari o > 30 batang/hari	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	----- batang/hari ----- batang/hari	
c. Obat-obatan terlarang/Narkotika Jika Ya:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
o Nama obat/zat yang dikonsumsi? o Kapan terakhir menggunakan obat tersebut? o Seberapa sering obat tersebut digunakan?					..... .....	
o Harian o Beberapa kali dalam seminggu o Kadang-kadang o Sudah tidak menggunakan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	..... ..... ..... .....	
4	Apakah Anda/Tertanggung sedang menderita gejala-gejala atau keluhan selama 5 (lima) hari berturut-turut dan belum dikonsultasikan ke dokter? (Jika Ya, mohon jelaskan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Apakah Anda/Tertanggung pernah disarankan untuk dirawat atau pernah dirawat untuk segala kondisi medis selama 3 (tiga) hari berturut-turut atau lebih? (Jika Ya, mohon jelaskan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Selain untuk pengajuan asuransi ini, Apakah Anda/Tertanggung pernah melakukan atau pernah disarankan atau pernah mengalami hasil yang tidak normal untuk tes diagnostik/investigasi termasuk tetapi tidak terbatas pada pemeriksaan Fungsi <i>Thyroid</i> , <i>Treadmill Test</i> , <i>Angiography</i> , <i>Echocardiography</i> , <i>Endoscopy</i> , <i>USG</i> , <i>CT Scan</i> , <i>MRI</i> , <i>Biopsy</i> ? (Jika Ya, mohon jelaskan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



No	Informasi Tentang Kebiasaan	Tertanggung		Pemegang Polis		Jika "Ya" mohon jelaskan dengan lengkap
		Ya	Tidak	Ya	Tidak	
7.	Apakah Anda/Tertanggung pernah diberi resep atau menerima pengobatan (termasuk obat-obatan yang diminum, inhalasi/dihisap, suntikan) selama lebih dari 7 (tujuh) hari? (Jika Ya, mohon jelaskan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Apakah Anda/Tertanggung pernah menjalani atau disarankan untuk menjalani atau berencana untuk menjalani suatu prosedur pembedahan? (Jika Ya, mohon jelaskan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### 9. Pertanyaan Riwayat Penyakit

Apakah Anda sedang atau pernah didiagnosa menderita penyakit atau gejala penyakit tersebut dibawah ini:

Jika Anda menjawab "Ya" untuk setiap pertanyaan di bawah ini, maka :

- Jelaskan secara detail jawaban Anda pada bagian "INFORMASI KONDISI KESEHATAN" pada tabel di bawahnya mengenai diagnosa, kapan terdiagnosa, obat-obatan yang sudah diberikan, pengobatan yang sudah dilakukan, Nama Dokter yang merawat, Rumah Sakit.
- Isi kuesioner sesuai dengan topik organnya dan dilampirkan bersama Formulir ini.

No	Penyakit	Tertanggung		Pemegang Polis	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
a.	Kanker/Tumor/Kista/Benjolan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Penyakit yang berhubungan dengan Ginjal, Kandung Kemih, Prostat? Contohnya: Gagal Ginjal, Batu Ginjal, Dialisis Ginjal, Transplantasi Ginjal, Pembesaran Prostat, Proteinuria, Hematuria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Penyakit atau Gangguan Jantung dan Pembuluh Darah? Contohnya: Serangan jantung, Nyeri Dada, Kelainan Katup Jantung, Aritmia/Gangguan Irama Jantung, Pembesaran Jantung, Bypass Jantung, Pemasangan Ring Jantung, Varises	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Penyakit yang berhubungan dengan Sistem Endokrin? Contohnya: Peningkatan Gula Darah/ Diabetes, Hyperthyroid, Hypothyroid, Thyroid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Penyakit yang berhubungan dengan Sistem Saraf dan Kondisi Kejiwaan? Contohnya: Stroke, TIA, Penurunan kekuatan anggota tubuh, Epilepsi, Kehilangan Kesadaran, Hilang Ingatan, Parkinson, Alzheimer, Vertigo, Gangguan Mental, Depresi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Penyakit yang berhubungan dengan Paru-Paru dan Pernapasan? Contohnya: Asma, TBC, Batuk Darah, COPD, Bronchitis, Pneumonia, Bronchopneumonia, Covid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Penyakit yang berhubungan dengan Hati, Perut, Usus dan Saluran Cerna? Contohnya: Hepatitis A, Hepatitis B, Hepatitis C, Sirosis, Colitis, Gastritis, Polyp colon, Pembesaran hati, GERD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Penyakit yang berhubungan dengan Kulit, Tulang dan Otot? Contohnya: Arthritis, Rheumatoid Arthritis, HNP, LBP, Osteoporosis, Polio, Patah Tulang, Tahi Lalat yang Membesar dengan Cepat, Vitiligo, Kusta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Penyakit yang berhubungan dengan Ginekologis? Contohnya: Mioma Uteri, Kista ovarium, Kista Payudara, PCOS, Endometriosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Penyakit yang berhubungan dengan Kelainan Darah? Contohnya: Lupus/SLE, HIV/AIDS, Leukemia, Anemia, Thalassemia, Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k.	Penyakit Darah Tinggi/Hipertensi/Dyslipidemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l.	Penyakit yang berhubungan dengan Telinga, Hidung, Tenggorokan, Mata? Contohnya: Tonsilitis, Sinusitis, Otitis Medis, Tinitus, Katarak, Glaucoma, Myopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m.	Penyakit kongenital/bawaan lahir/keturunan? Contohnya: Down Syndrome, Cacat Jantung Bawaan, Bibir sumbing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n.	Penyakit/Kelainan Cacat Fisik/Kecelakaan/Penggunaan alat bantu? Contohnya: Pemasangan Pen, Fraktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o.	Penyakit menular seksual? Contohnya: Sifilis, Gonore, Kondiloma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p.	Pertanyaan Khusus Wanita:				
	I. Apakah Sedang Hamil? II. Apakah ada komplikasi kehamilan? Contohnya: Hipertensi, Diabetes Gestasional, Eklamsi/Pre-eklamsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q.	Penyakit selain yang sudah disebutkan di atas termasuk kelainan bawaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**Informasi Kondisi Kesehatan Tertanggung**

**Informasi Kondisi Kesehatan Pemegang Polis**

**10. Sejarah Kesehatan Keluarga**

Apakah Tertanggung memiliki **kerabat tingkat pertama** (ayah, ibu, saudara laki-laki, saudara perempuan, anak-anak) atau **keluarga** (paman, bibi, kakek, nenek, keponakan, sepupu) yang menderita/memiliki riwayat Kanker, Diabetes, Hipertensi, Penyakit Jantung, Penyakit Ginjal, Polikistik Ginjal, Gangguan Mental atau Saraf, Stroke sebelum berusia 60 (enam puluh) tahun?

Tidak                       Ya, Jika Ya isi tabel di bawah ini

Hubungan dengan Tertanggung	Penyakit/Kondisi	Usia Saat Terkena Penyakit (tahun)	Usia Saat Ini (tahun)	Usia Saat Meninggal (tahun)	Sebab Meninggal
a. Ayah					
b. Ibu					
c. Anak					
d. Saudara Laki-laki					
e. Saudara Perempuan					
f. Keluarga Lainnya .....					

**11. Pertanyaan Domisili**

Apakah Tertanggung sedang atau berencana tinggal di luar negeri lebih dari dan/atau sama dengan 6 (enam) bulan berturut-turut?

Tidak                       Ya, Jika Ya sebutkan nama Negara tersebut .....

Apakah Pemegang Polis sedang atau berencana tinggal di luar negeri lebih dari dan/atau sama dengan 6 (enam) bulan berturut-turut?

Tidak                       Ya, Jika Ya sebutkan nama Negara tersebut .....

**12. Hobi**

Apakah Anda/Tertanggung memiliki hobi atau sewaktu waktu melakukan kegiatan yang berisiko tinggi tersebut di bawah ini:

Hobi	Tertanggung		Pemegang Polis		Jika "Ya", mohon jelaskan dengan lengkap
	Ya	Tidak	Ya	Tidak	
a. Mendaki gunung/kegiatan mendaki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Menyelam/scuba diving	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Olah raga bermotor (termasuk balap motor/mobil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Terbang layang/terjun payung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Selancar air/perahu layar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. Hobi/kegiatan olah raga berisiko tinggi lainnya .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



### 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

### Catatan Penting

#### 1. Pemulihan Polis

- Lampirkan bukti bayar seluruh Premi tertunggak.
- Ketentuan Masa Tunggu akan diberlakukan kembali sejak tanggal pemulihan disetujui sesuai ketentuan Polis dan ketentuan tiap produk.
- Pembayaran Premi Pemulihan dapat dilakukan melalui :
  - Bank BCA : 15158 + No. Polis 151585082037226
  - Bank BCA (USD) : 88805 + No. Polis 888055082037226
  - Bank Mandiri : 881562 + No. Polis 8815625082037226
  - Bank Mandiri (USD) : 88256 + No. Polis 882565082037226

#### 2. Perubahan Data Pertanggungan

- Lampirkan RIPLAY Personal/Proposal sesuai dengan pengajuan perubahan data pertanggungan.
- Khusus untuk Penambahan Pertanggungan Tambahan Payor Benefit, Anda wajib untuk melampirkan kartu keluarga.
- Kekurangan Premi, biaya atas pertanggungan dasar, dan tambahan yang timbul karena perubahan tersebut akan dibebankan kepada Pemegang Polis.
- Perubahan Data Pertanggungan dapat dilakukan mulai dari tahun Polis ke-2 (dua), maksimal dapat diajukan 1 (satu) bulan sebelum Ulang Tahun Polis dan *Plan* yang baru akan mulai berlaku pada saat Ulang Tahun Polis
- Khusus untuk kenaikan *plan*, maka ketentuan Masa Tunggu akan diberlakukan kembali sejak tanggal kenaikan *plan* disetujui sesuai ketentuan Polis
- Khusus untuk Produk AXA Critical Protector, perhatikan hal berikut:
  - Manfaat Pertanggungan Penyakit Kritis, apabila Tertanggung terdiagnosa Manfaat Penyakit Kritis Tahap Awal dan/atau Penyakit Kritis Tahap Menengah tidak diperbolehkan melakukan Perubahan Uang Pertanggungan.
  - Perubahan Polis dengan Manfaat menjadi Polis tanpa Manfaat, dapat dilakukan di setiap akhir Periode 10 (sepuluh) Tahun dan kelipatannya dengan tetap mengacu pada Ketentuan Umum Polis.
  - Perubahan Polis dengan Manfaat Pertanggungan menjadi Polis tanpa Manfaat Pertanggungan, dapat dilakukan di setiap Ulang Tahun Polis.
  - Perubahan Polis dengan Manfaat dan Manfaat Pertanggungan menjadi Polis tanpa Manfaat Pertanggungan dan tanpa Manfaat, dapat dilakukan di setiap akhir Periode 10 (sepuluh) Tahun dan kelipatannya dengan tetap mengacu pada Ketentuan Umum Polis.
  - Polis dengan Manfaat Pertanggungan namun tanpa Manfaat, dapat dilakukan di setiap akhir Periode 10 (sepuluh) Tahun dan kelipatannya dengan tetap mengacu pada Ketentuan Umum Polis.
  - Polis dengan Manfaat namun tanpa Manfaat Pertanggungan, dapat dilakukan di setiap Ulang Tahun Polis.
  - Pengajuan Perubahan Manfaat yang telah disetujui dan diproses oleh Penanggung, maka selanjutnya tidak dapat dilakukan perubahan kembali ke Manfaat sebelumnya.
  - Polis dengan Manfaat namun tanpa Manfaat Pertanggungan, dapat diajukan perubahan Manfaat setiap Ulang Tahun Polis, syarat dan ketentuan mengacu pada Polis.



## 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. Apabila terdapat perubahan Pemegang Polis maka Saya mengerti dan menyetujui bahwa seluruh hak dan kewajiban atas Polis akan beralih kepada Pemegang Polis yang baru sejak tanggal disetujuinya perubahan oleh AFI.
5. 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.
6. Lampiran Identitas Diri yang Saya sertakan bersamaan dengan Formulir ini adalah Identitas Diri Saya yang masih berlaku. Jika terdapat perbedaan nomor Identitas Diri dengan data yang ada di AFI, maka Saya memberikan izin kepada AFI untuk menyesuaikan dengan Identitas Diri yang Saya lampirkan tersebut.
7. Perubahan yang Saya ajukan tunduk pada persyaratan *underwriting* yang berlaku di AFI, dan AFI berhak untuk tidak menyetujui perubahan tersebut.
8. Jangka waktu *Contestable Period* dan pengecualian untuk meninggal dunia karena bunuh diri yang ada dalam Polis akan dihitung ulang sejak Tanggal Pemulihan Polis oleh AFI.
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. 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 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/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);
  - 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;

- 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/Nilai Asuransi, 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.

13. Sehubungan dengan klausul Pembatalan atau Pengakhiran Polis sebagaimana disebutkan di atas, Saya dengan ini menegaskan bahwa:

- a. Penandatanganan Formulir ini oleh Saya merupakan bentuk persetujuan atas pembatalan atau pengakhiran Polis oleh AFI jika terjadi hal-hal yang dimaksud dalam butir [12]; 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 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	Pemegang Polis Baru (Apabila ada Perubahan/Penggantian Pemegang Polis)	Tertanggung
<p><b>Nama Lengkap :</b> _____</p>	<p><b>Nama Lengkap :</b> _____</p>	<p><b>Nama Lengkap :</b> _____</p>

**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 oleh 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