



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	:	
Nama Pemegang Polis	:	
Nama Tertanggung	:	
No KTP/KITAS Pemegang Polis	:	
Nomor Handphone	:	
Email	:	
Alamat Korespondensi	:	
	:	
	:	
Kota	:	
Kode Pos	:	

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)

- | | |
|---|---|
| ☐ Perubahan/Penggantian Pemegang Polis | ☐ Pemulihan Polis |
| ☐ Perubahan/Update Data Pribadi | ☐ Perubahan Data Pertanggungan |

Checklist Dokumen

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

Type Dokumen	✓	Nama Dokumen
Asli	☐	Formulir Perubahan Finansial
	☐	Formulir Beneficial Owner untuk Perorangan/non Perorangan (jika ada)
	☐	RIPLAY Personal/Proposal sesuai perubahan plan (jika ada)
	☐	Kuisiner Data Pribadi (Kebiasaan, Hobi, dan Data Kesehatan) (jika ada)
Salinan	☐	Salinan Identitas Diri (KTP/KITAS) Pemegang Polis
	☐	Bukti Bayar (untuk Pengajuan Perubahan Polis/Pemulihan Polis)
	☐	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)

:

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 Pertanggungan 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 Pertanggungan Tambahan 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 Pertanggungan

Isi dan beri tanda √ sesuai dengan kondisi Polis setelah perubahan

- ☐ Perubahan Uang Pertanggungan/Nilai Asuransi ☐ Perubahan Kenaikan *Plan/Upgrade Plan* Asuransi Kesehatan
- ☐ Perubahan Pertanggungan Tambahan/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)
Uang Pertanggungan/Nilai Asuransi Dasar		
AXA Critical Protector	☐ Manfaat <i>No Claim Bonus</i> menjadi Manfaat tanpa <i>No Claim Bonus</i> ☐ Manfaat <i>Booster</i> Pertanggungan menjadi tanpa Manfaat <i>Booster</i> Pertanggungan ☐ 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 ☐ 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> ☐ 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	
Upgrade Plan Asuransi Kesehatan		
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 Pertanggungan 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	-



No	Informasi Tentang Kebiasaan	Tertanggung		Pemegang Polis		Jika "Ya" mohon jelaskan dengan lengkap
		Ya	Tidak	Ya	Tidak	
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?) - Bir - Anggur/Wine - Minuman beralkohol lainnya	☐	☐	☐	☐	----- batang/hari ----- batang/hari
	b. Rokok (Jika Ya, berapa banyak konsumsi per hari?) 1-30 batang/hari > 30 batang/hari	☐	☐	☐	☐	
	c. Obat-obatan terlarang/Narkotika Jika Ya: ☐ Nama obat/zat yang dikonsumsi? ☐ Kapan terakhir menggunakan obat tersebut? ☐ Seberapa sering obat tersebut digunakan? - Harian - Beberapa kali dalam seminggu - Kadang-kadang - Sudah tidak menggunakan	☐	☐	☐	☐	
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)	☐	☐	☐	☐	
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)	☐	☐	☐	☐	
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)	☐	☐	☐	☐	
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)	☐	☐	☐	☐	
8.	Apakah Anda/Tertanggung pernah menjalani atau disarankan untuk menjalani atau berencana untuk menjalani suatu prosedur pembedahan? (Jika Ya, mohon jelaskan)	☐	☐	☐	☐	

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	☐	☐	☐	☐
b.	Penyakit yang berhubungan dengan Ginjal, Kandung Kemih, Prostat? Contohnya: Gagal Ginjal, Batu Ginjal, Dialisis Ginjal, Transplantasi Ginjal, Pembesaran Prostat, Proteinuria, Hematuria	☐	☐	☐	☐
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	☐	☐	☐	☐
d.	Penyakit yang berhubungan dengan Sistem Endokrin? Contohnya: Peningkatan Gula Darah/ Diabetes, Hyperthyroid, Hypothyroid, Thyroid	☐	☐	☐	☐
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	☐	☐	☐	☐
f.	Penyakit yang berhubungan dengan Paru-Paru dan Pernapasan? Contohnya: Asma, TBC, Batuk Darah, COPD, Bronchitis, Pneumonia, Bronchopneumonia, Covid	☐	☐	☐	☐
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	☐	☐	☐	☐
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	☐	☐	☐	☐
i.	Penyakit yang berhubungan dengan Ginekologis? Contohnya: Mioma Uteri, Kista ovarium, Kista Payudara, PCOS, Endometriosis	☐	☐	☐	☐
j.	Penyakit yang berhubungan dengan Kelainan Darah? Contohnya: Lupus/SLE, HIV/AIDS, Leukemia, Anemia, Thalassemia, Hemofilia	☐	☐	☐	☐
k.	Penyakit Darah Tinggi/Hipertensi/Dyslipidemia	☐	☐	☐	☐
l.	Penyakit yang berhubungan dengan Telinga, Hidung, Tenggorokan, Mata? Contohnya: Tonsilitis, Sinusitis, Otitis Medis, Tinitus, Katarak, Glaucoma, Myopia	☐	☐	☐	☐
m.	Penyakit kongenital/bawaan lahir/keturunan? Contohnya: Down Syndrome, Cacat Jantung Bawaan, Bibir sumbing	☐	☐	☐	☐
n.	Penyakit/Kelainan Cacat Fisik/Kecelakaan/Penggunaan alat bantu? Contohnya: Pemasangan Pen, Fraktur	☐	☐	☐	☐
o.	Penyakit menular seksual? Contohnya: Sifilis, Gonore, Kondiloma	☐	☐	☐	☐
p.	Pertanyaan Khusus Wanita:	☐	☐	☐	☐
	I. Apakah Sedang Hamil? II. Apakah ada komplikasi kehamilan? Contoh: Hipertensi, Diabetes Gestasional, Eklamsi/Pre-eklamsi	☐	☐	☐	☐
q.	Penyakit selain yang sudah disebutkan di atas termasuk kelainan bawaan	☐	☐	☐	☐

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	☐	☐	☐	☐	
b. Menyelam/scuba diving	☐	☐	☐	☐	
c. Olah raga bermotor (termasuk balap motor/mobil)	☐	☐	☐	☐	
d. Terbang layang/terjun payung	☐	☐	☐	☐	
e. Selancar air/perahu layar	☐	☐	☐	☐	
f. Hobi/kegiatan olah raga berisiko tinggi lainnya	☐	☐	☐	☐	
.....					

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

- a. Lampirkan bukti bayar seluruh Premi tertunggak.
- b. Ketentuan Masa Tunggu akan diberlakukan kembali sejak tanggal pemulihan disetujui sesuai ketentuan Polis dan ketentuan tiap produk.
- c. 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

- a. Lampirkan RIPLAY Personal/Proposal sesuai dengan pengajuan perubahan data pertanggungan.
- b. Khusus untuk Penambahan Pertanggungan Tambahan Payor Benefit, Anda wajib untuk melampirkan kartu keluarga.
- c. Kekurangan Premi, biaya atas pertanggungan dasar, dan tambahan yang timbul karena perubahan tersebut akan dibebankan kepada Pemegang Polis.
- d. 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
- e. Khusus untuk kenaikan *plan*, maka ketentuan Masa Tunggu akan diberlakukan kembali sejak tanggal kenaikan *plan* disetujui sesuai ketentuan Polis
- f. Khusus untuk Produk AXA Critical Protector, perhatikan hal berikut:
 - i. Manfaat Pertanggungan Penyakit Kritis, apabila Tertanggung terdiagnosa Manfaat Penyakit Kritis Tahap Awal dan/atau Penyakit Kritis Tahap Menengah tidak diperbolehkan melakukan Perubahan Uang Pertanggungan.
 - ii. 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.
 - iii. Perubahan Polis dengan Manfaat Pertanggungan menjadi Polis tanpa Manfaat Pertanggungan, dapat dilakukan di setiap Ulang Tahun Polis.
 - iv. 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.
 - v. 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.
 - vi. Polis dengan Manfaat namun tanpa Manfaat Pertanggungan, dapat dilakukan di setiap Ulang Tahun Polis.
 - vii. Pengajuan Perubahan Manfaat yang telah disetujui dan diproses oleh Penanggung, maka selanjutnya tidak dapat dilakukan perubahan kembali ke Manfaat sebelumnya.
 - viii. 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 itikad 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 MENSETUJUI** 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 Pertanggunggunaan/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 AXA. 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
Nama Lengkap : _____	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 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

Link Live Chat: www.axa.co.id



www.axa.co.id



AXA Indonesia



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