






# Formulir Perubahan Data Polis

**INFORMASI PENTING**

- **Siapa yang diperkenankan melakukan Perubahan Polis ?**  
Pemegang polis (Peserta)
- **Cara mudah pengajuan Perubahan Polis :**

 <p>Baca dengan seksama petunjuk pada formulir.</p>	 <p>Isi dengan lengkap dan lampirkan fotokopi Identitas Diri (KTP/SIM/Paspor/KITAS).</p>	 <p>Lengkapi alamat saat ini, email dan no. telepon, serta kirim Formulir ke PT. AXA Financial Indonesia.</p>
--	---	--

## Detail Perubahan

1. <input type="checkbox"/> Perubahan Data Kontak	2. <input type="checkbox"/> Perubahan Data Pribadi	3. <input type="checkbox"/> Perubahan Termaslahat / Ahli Waris
4. <input type="checkbox"/> Perubahan Pemegang Polis (Peserta)	5. <input type="checkbox"/> Perubahan Frekuensi / Metode Pembayaran Premi (Kontribusi)	6. <input type="checkbox"/> Pemulihan Polis
7. <input type="checkbox"/> Perubahan Data Pertanggunggaan	8. <input type="checkbox"/> Pengajuan Duplikat Polis / Kartu (Peserta)	9. <input type="checkbox"/> Perubahan Lainnya

## Informasi Data Polis

Nomor Polis

Nama Pemegang Polis

Nama Tertanggung

### 1. Perubahan Data Kontak

Alamat Surat Menyurat

Kota  Kode Pos

**Keterangan :**  
Data alamat, nomor telepon dan email Anda akan diubah sesuai dengan isi Formulir ini

Nomor telepon yang bisa dihubungi (Termasuk Kode Wilayah) :

Telepon Rumah	Telepon Kantor
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telepon Seluler	Email :
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**PT AXA Financial Indonesia**

**Customer Care Centre**

AXA Tower Lt. GF  
Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia  
e-mail: customer@axa-financial.co.id

**Head Office**

AXA Tower Lt. 17  
Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia



## 2. Perubahan Data Pribadi

Perubahan akan dilakukan untuk :  Pemegang Polis (Peserta)  Tertanggung (Peserta yang diasuransikan)

Nama Lengkap :

Nomor KTP / Passport :

Tanggal Lahir :    (tanggal/bulan/tahun)

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

Apakah Pemegang Polis/Tertanggung adalah Warga Negara Amerika Serikat (USA) atau Wajib Pajak Amerika Serikat (USA)  
 Ya  Tidak  Bila "Ya", mohon cantumkan TIN (Taxpayer Identification Number):

Pemegang Polis :  Tertanggung :

**Keterangan :**  
 lampirkan Akta Kelahiran untuk perubahan jenis kelamin dan tanggal lahir.

## 3. Perubahan termasuklah / Ahli Waris

Nama Lengkap Termasuklah	Hubungan dengan Tertanggung (peserta yang diasuransikan)	Nomor Identitas	Persentase	Tanggal Lahir	Jenis Kelamin (L/P)

**Keterangan :**  
 Persentase Termasuklah harus diisi, jika tidak masing - masing akan mendapat bagian yang sama serta lampirkan Akta Nikah atau Kartu Keluarga

## 4. Perubahan Pemegang Polis (Peserta)

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

Nama Pemegang Polis Baru

No KTP

Tanggal Lahir

Jenis Kelamin  Pria  Wanita

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

Agama  Islam  Kristen  Katholik  Hindu  Budha  Lainnya \_\_\_\_\_

Pekerjaan  Pemilik Usaha  Karyawan  Ibu Rumah Tangga  Mahasiswa / Pelajar  
 TNI / POLRI  PNS  Politikus  Lainnya \_\_\_\_\_

Jabatan

Nama Perusahaan

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

Penghasilan kotor per bulan

Hubungan dengan calon tertanggung  Suami/Istri  Orangtua/Anak  Majikan/Karyawan  
 Lainnya \_\_\_\_\_

Apakah Pemegang Polis/Tertanggung adalah Warga Negara Amerika Serikat (USA) atau Wajib Pajak Amerika Serikat (USA)  
 Ya  Tidak

Bila "Ya", mohon cantumkan TIN (Taxpayer Identification Number) :

Ditandatangani di    (dd/mm/yyyy)

Tanda Tangan Pemegang Polis (Peserta) yang lama \_\_\_\_\_ Tanda Tangan Pemegang Polis (Peserta) yang baru \_\_\_\_\_

**Keterangan :**  
 Silahkan melihat pada "Catatan Penting" pada hal. 4

Nama Lengkap :

Nama Lengkap :

### 5. Perubahan Frekuensi / Metode Pembayaran Premi (Kontribusi)

Frekuensi Pembayaran Premi (Kontribusi) diubah menjadi :

Tahunan       Semesteran       Triwulanan       Bulanan

---

Metode Pembayaran diubah menjadi :

Virtual Account       Debet Rekening       Debet Kartu Kredit

### 6. Pemulihan Polis

Alasan Pemulihan Polis : \_\_\_\_\_

Pembayaran Premi dilakukan tanggal :  sebesar Rp/USD \_\_\_\_\_

**Keterangan :**  
Lampirkan Bukti Setoran.

Informasi lain, silahkan melihat pada "Catatan Penting" pada hal. 4

### 7. Perubahan Data Pertanggungan

- Uang Pertanggungan Dasar menjadi :  (Rp/USD)\* (\*coret yang tidak perlu)
- Perubahan Premi (kontribusi) menjadi :  (Rp/USD)\* (\*coret yang tidak perlu)
- Perubahan Plan menjadi :  (Khusus Polis Health)
- Manfaat Tambahan (Rider) :

**Keterangan :**  
silahkan melihat pada "Catatan Penting" pada hal. 4

Nama Rider	Tambah	Hapus	Menaikkan	Menurunkan	Uang Pertanggungan Baru
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 8. Pengajuan Duplikat Polis / Kartu Kesehatan

Pengajuan duplikat untuk :

Buku Polis       Kartu Kesehatan       \_\_\_\_\_

Alasan Pengajuan :

Hilang       Lain - lain (mohon dijelaskan) : \_\_\_\_\_

Pembayaran dilakukan tanggal :  sebesar Rp/USD \_\_\_\_\_

**Keterangan :**  
Lampirkan Bukti Setoran.

Informasi lain, silahkan melihat pada "Catatan Penting" pada hal. 4

## 9. Perubahan Lainnya

Jika ada perubahan lain yang tidak disebutkan diatas, mohon dijelaskan


### Catatan Penting

- 1. Perubahan Frekuensi dan Metode Pembayaran**
  - Untuk cara bayar bulanan dan triwulan, metode pembayaran wajib dengan auto debit rekening / kartu kredit.
  - Jika pembayaran menggunakan debit rekening dan kartu kredit, mohon mengisi Surat Kuasa Debet Rekening (SKDR) atau Kartu Kredit (SKDKK) dan melengkapi foto copy buku tabungan atau kartukredit.
  - Perubahan cara bayar jika Basic Premi dan Premi Reguler Top Up (jika ada) kurang dari ketentuan yang berlaku, maka secara otomatis akan disesuaikan dengan ketentuante tersebut.
- 2. Pemulihan Polis**
  - Mengisi Formulir Pernyataan Kesehatan untuk Polis Unit Link dan Maestro Hospital Plan (MHP).
  - Mengisi Surat Pernyataan Pemegang Polis Maestro Elite Care untuk Polis Maestro Elite Care (MEC) dan Family Flexy Health (FFH).
  - Mengisi Surat Pernyataan Pemegang Polis Maestro Protection Care untuk Polis Maestro Protection Care (MPC)
  - Membayar seluruh premi tertunggak.
- 3. Perubahan Data Pertanggungangan**
  - Perubahan Data Pertanggungangan maksimal dapat diajukan 1 (satu) bulan sebelum ulang tahun. Polis dan akan berlaku pada ulang tahun polis (khusus untuk penambahan)
  - Kekurangan premi (Kontribusi), biaya atas pertanggungangan dasar, dan tambahan yang timbul karena perubahan tersebut akan dibebankan kepada Pemegang Polis.
  - Khusus untuk Penambahan Rider wajib mengisi Formulir Pernyataan Kesehatan.
  - Upgrade Plan MEC dan FFH wajib melampirkan Surat Pernyataan Pemegang Polis Maestro Elite Care.
- 4. Pengajuan Duplikat Polis / Kartu Kesehatan**
  - Biaya Duplikat Polis (termasuk ex-ALI) Rp. 150.000.
  - Biaya Cetak dan Perpanjangan Pengaktifan Kartu Kesehatan Rp. 100.000.
  - Dalam status Dokumen Polis/Kartu Kesehatan hilang, Pemegang Polis (Peserta) diwajibkan melengkapi Surat Laporan Kehilangan dari Kepolisian.
  - Biaya Duplikat Polis atau kartu dibayarkan melalui virtual account ke rekening PT AXA Financial Indonesia :

Bank BCA	: 00156 + No. Polis	: 001565082037226
Bank BCA (USD)	: 88805 + No. Polis	: 888055082037226
Bank Mandiri	: 88156 + No. Polis	: 881565082037226
Bank Mandiri (USD)	: 88256 + No. Polis	: 882565082037226
Bank Mandiri Syariah	: 993742 + No. Polis Syariah	: 9937423082037226
Bank BNI Syariah	: 828102 + No. Polis Syariah	: 8281023082037226
  - Kartu Kesehatan dapat dicetak untuk manfaat tambahan (rider) HIS dengan cara bayar bulanan, semesteran, dan tahunan.
- 5. Perubahan Pemegang Polis (Peserta):**
  - Jika ada perubahan alamat untuk Pemegang Polis baru mohon melengkapi bagian perubahan alamat.
  - Jika ada pertanggungangan tambahan untuk Payor mohon mengisi Formulir Pernyataan kesehatan.
  - Payor baru terutama diperbolehkan pada orang tua dan kakek/nenek Tertanggung.

## 10. 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 disini 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

## 11. Pengecekan Status Pengajuan Anda

Untuk mengetahui status dari pengajuan Anda, silahkan menghubungi kami melalui



**1500 940**

**Senin - Jumat pukul 08.00 - 20.00 WIB**  
**Sabtu pukul 08.00 - 12.00 WIB**



**customer@axa-financial.co.id**

**Senin - Jumat Pukul 08.00 - 20.00 WIB**

Wajib diisi oleh Agen AXA Financial Indonesia yang membantu

Kode Agen : \_\_\_\_\_

Nama Agen : \_\_\_\_\_

Nama Group : \_\_\_\_\_

No. Telepon Agen: \_\_\_\_\_