



Nomor Polis

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Formulir Perubahan Data Polis

INFORMASI PENTING

- **Siapa yang diperkenankan melakukan perubahan Polis?**
Pemegang Polis (Peserta)
- **Informasi apa saja yang diperlukan?**
Nomor Polis dan informasi perubahan Polis yang diinginkan oleh Pemegang Polis (Peserta)
- **Cara mudah pengajuan perubahan Polis**



Baca dengan seksama petunjuk pada formulir



Isi dengan lengkap dan lampirkan fotokopi identitas diri (KTP/Paspor/KITAS)



Kirim ke PT. AXA Mandiri Financial Services atau melalui Financial Advisor Anda

DIISI OLEH PETUGAS

Tanggal Terima :

--	--	--	--	--	--	--	--

Nama Penerima :

PBC NON PBC

1. Detail Perubahan

<input type="checkbox"/> Perubahan Data Kontak	<input type="checkbox"/> Perubahan Data Pribadi	<input type="checkbox"/> Frekuensi Pembayaran Premi (Kontribusi)
<input type="checkbox"/> Perubahan Termaslahat (Ahli Waris)	<input type="checkbox"/> Perubahan Data Pertanggungan	<input type="checkbox"/> Pengajuan Duplikat Polis/Kartu
<input type="checkbox"/> Perubahan Pemegang Polis (Peserta)	<input type="checkbox"/> Perubahan Lainnya	

Keterangan :
Isi dan berikan tanda ✓ pada kotak sesuai pilihan.

2. Perubahan Data Kontak

Alamat Saat Ini :

Kota

 Kode Pos

Nomor telepon yang bisa dihubungi

Telepon Rumah (termasuk kode wilayah) :

 -

Telepon Kantor (termasuk kode wilayah) :

 -

Telepon Seluler :

 -

Email :

Saya setuju data alamat, nomor telepon, dan email di Polis diubah sesuai dengan data keterangan dalam formulir ini.
 Ya Tidak

Saya menyatakan bahwa informasi yang Saya berikan ini adalah benar data pribadi Saya dan bersama ini Saya memberikan persetujuan kepada PT AXA Mandiri Financial Services untuk :

- Mengungkapkan data pribadi Saya (termasuk data terbaru) kepada pihak ketiga termasuk penyedia jasa untuk mengizinkan PT AXA Mandiri Financial Services dalam memberikan Saya layanan terkait atas produk yang Saya beli dan untuk tujuan komersial lainnya.
- Menggunakan data pribadi Saya hanya untuk tujuan pemasaran, penawaran produk, dan aktivitas promosi lainnya. Oleh karena itu, Saya mengizinkan PT AXA Mandiri Financial Services untuk menghubungi Saya dalam rangka memberikan informasi mengenai produk dan layanan melalui sarana telekomunikasi pribadi termasuk namun tidak terbatas pada email, telepon, SMS yang telah Saya berikan ini.

[Penting : Mohon beri tanda ✓ pada kotak di bawah ini apabila Anda setuju atau tidak setuju dengan penggunaan data pribadi Anda untuk tujuan di atas]

Saya setuju
 Saya tidak setuju

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

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

 serta lampirkan formulir W-9 (IRS) dan Pernyataan Kesepakatan Atas Pengungkapan.

8. Perubahan Pemegang Polis (Peserta)

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 _____

Nama Gadis Ibu Kandung :

Penghasilan Kotor per Bulan :

Hubungan dengan Calon Tertanggung : Suami/Isteri Orang tua/Anak Majikan/Karyawan
 Lainnya _____

Alasan Perubahan : _____

Keterangan:
silahkan melihat
pada "Catatan
Penting".

9. Perubahan Lainnya

Jika ada perubahan lain yang tidak disebutkan di atas, mohon dijelaskan

10. Pengecekan Status Pengajuan Anda

Untuk mengetahui status dari pengajuan Anda, silahkan menghubungi kami melalui



+62 21 30058788

Senin-Jumat pukul 08.00-17.00 WIB



customer@axa-mandiri.co.id

Catatan Penting

1. Perubahan Data Pertanggungan :

- Lampirkan ilustrasi sesuai perubahan premi (kontribusi) dan Uang Pertanggungan.
- Penambahan *Medicash* dan *Critical Illness* hanya dapat dilakukan 1 bulan sebelum ulang tahun Polis.
- Kekurangan premi (kontribusi), biaya atas pertanggungan dasar, dan tambahan yang timbul karena perubahan tersebut akan dibebankan kepada Pemegang Polis (Peserta).
- Untuk perubahan manfaat tambahan (*rider*), silahkan pilih dari salah satu *rider* dibawah ini dan berikan tanda ✓ pada kotak yang tersedia diatas.

Jenis Manfaat Tambahan (<i>rider</i>)	Kode Rider
Perlindungan kecelakaan	AP
Perlindungan premi	WP
Perlindungan bagi Pembayar premi	WPDD21
Perlindungan kesehatan <i>bronze</i>	MEB1
Perlindungan kesehatan <i>silver</i>	MEB2
Perlindungan kesehatan <i>gold</i>	MEB3
Perlindungan kesehatan <i>platinum</i>	MEB4
Prima sejahtera <i>plus</i>	ELI/ELIS
Prima sejahtera	SLJ

2. Perubahan Termaslahat (Ahli Waris) :

- Persentase Termaslahat (Ahli Waris) harus diisi, jika tidak masing-masing akan mendapat bagian yang sama.
- Lampirkan dokumen pendukung untuk menunjukkan hubungan Tertanggung dengan Termaslahat (Ahli Waris).
- Lengkapi nama Termaslahat (Ahli Waris) karena akan menggantikan nama Termaslahat (Ahli Waris) Sebelumnya.

3. Perubahan Pemegang Polis (Peserta) :

- Jika ada perubahan alamat untuk Pemegang Polis (Peserta) baru mohon melengkapi bagian perubahan alamat.
- Jika ada pertanggungan tambahan untuk *Payor* (WPDD21) mohon mengisi form pernyataan kesehatan.
- Payor* baru terutama diperbolehkan pada orang tua dan kakek/nenek Tertanggung (Ahli Waris).

Pernyataan

Dengan ini Saya/Kami menyatakan dan menyetujui bahwa:

1. Telah membaca, mengerti, menjawab, dan mengisi semua pertanyaan pada Formulir Perubahan Data Polis dengan sebenar-benarnya, jujur, lengkap, dan sesuai dengan keadaan sebenarnya.
2. Semua jawaban dan keterangan di atas merupakan dasar dan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari Polis. Saya/Kami menyetujui bahwa apabila ternyata jawaban dan keterangan yang Saya/Kami berikan itu tidak benar, maka PT AXA Mandiri Financial Services berhak membatalkan Polis sesuai dengan ketentuan dalam Polis.
3. Saya/Kami mengerti bahwa Penanggung berhak menolak pengajuan pemohon berdasarkan Formulir Perubahan Data Polis ini dan mengerti bahwa Pengajuan Perubahan Data Polis akan berlaku apabila telah disetujui oleh PT AXA Mandiri Financial Services.
4. Pengajuan ini hanya dapat diproses apabila Saya/Kami telah melengkapi persyaratan yang diperlukan oleh PT AXA Mandiri Financial Services.
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 PT AXA Mandiri Financial Services.
6. Segala akibat yang timbul sehubungan dengan perubahan Polis menjadi tanggung jawab Saya/Kami sepenuhnya dan dengan ini Saya/Kami membebaskan PT AXA Mandiri Financial Services dari segala macam tuntutan atau gugatan dalam bentuk apa pun dari pihak manapun termasuk dari Saya/Kami.

Ditandatangani di : / / (dd/mm/yyyy)

Tanda Tangan Pemegang Polis/Peserta Baru
(Di isi jika ada perubahan Pemegang Polis/Peserta)

Nama Lengkap

Tanda Tangan Pemegang Polis/Peserta Lama

Nama Lengkap

WAJIB DIISI OLEH FINANCIAL ADVISOR (FA) YANG MEMBANTU :

Pengajuan perubahan di atas telah dikirimkan melalui email : Ya Tidak

Kode FA :

Nama FA :

No. Telepon (termasuk kode wilayah) :

Untuk Kepentingan Kantor Pusat :