

Diisi oleh kantor pusat

Tanggal (tgl-bln-thn)

Diterima oleh

Kantor

A. DATA PEMEGANG POLIS

1. No. Polis	<input type="text"/>	Kode Plan :	<input type="text"/>
2. Nama Pemegang Polis	<input type="text"/>		
3. Tertanggung Utama	<input type="text"/>		
4. Telp.	<input type="text"/>	HP:	<input type="text"/>

B. DATA PERUBAHAN POLIS

Saya setuju untuk mengajukan perubahan atas Polis di atas sebagai berikut:

Perubahan Alamat/ Email/ No telp.	<input type="checkbox"/>	Perubahan Frekuensi Bayar	<input type="checkbox"/>
Perubahan / Koreksi Nama / DOB Pemegang Polis	<input type="checkbox"/>	Perubahan Cara Bayar	<input type="checkbox"/>
Perubahan/ Koreksi Nama/ DOB Ahli Waris	<input type="checkbox"/>	Perubahan Data Rekening/Kartu Kredit	<input type="checkbox"/>
Perubahan No Kartu Identitas	<input type="checkbox"/>	Cetak Ulang (Reprint) Polis / Kartu Kesehatan	<input type="checkbox"/>
Cuti Premi (Premium Holiday)	<input type="checkbox"/>	Perubahan Metode Pengiriman Informasi	<input type="checkbox"/>
Perubahan Data Lainnya (Jelaskan pada kolom dibawah ini)	<input type="checkbox"/>		

Data Sebelum Perubahan	Data Sesudah Perubahan

C. PERSYARATAN DAN KETENTUAN

Persyaratan/Dokumen Umum yang harus diserahkan ke Kantor Pusat:

1. Formulir Perubahan Data Polis.
2. Fotokopi kartu identitas diri (ID) Pemegang Polis yang berlaku.

Ketentuan Umum:

1. Polis dalam keadaan Inforce
2. Formulir Perubahan Data Polis hanya berlaku untuk 1 (satu) nomor Polis dengan beberapa perubahan.
3. Pengajuan Perubahan Polis akan diproses apabila seluruh data dan kelengkapan dokumen pendukung telah dipenuhi, serta pemeriksaan kesehatan telah dilakukan (jika diperlukan).

D. PERNYATAAN PEMEGANG POLIS

Pemegang Polis menyatakan dan menyetujui bahwa:

1. Telah menandatangani, membaca, memahami, dan menyetujui seluruh persyaratan dan ketentuan yang tertera di formulir ini.
2. Semua keterangan yang diberikan di dalam formulir ini adalah benar.
3. Pada saat Formulir Perubahan Data Polis ini diterima dikantor pusat, maka segala ketentuan dan manfaat Polis akan disesuaikan dengan permintaan perubahan seperti tertera pada kolom B diatas, serta pengajuan perubahan tersebut telah disetujui kantor pusat.
4. Segala biaya pemeriksaan kesehatan (jika diperlukan) yang timbul menjadi tanggung jawab Pemegang Polis.
5. Perubahan Polis akan diberikan dan dicetak dalam bentuk Endosemen yang akan menjadi satu kesatuan dengan Polis.

Ditandatangani di

Tanda Tangan Pemegang Polis
(sesuai PPAJ atau Identitas)

Nama Jelas

(tgl-bln-thn)

UNTUK KEPENTINGAN PERUSAHAAN

<p>Mengetahui: Branch Admin</p> <p>_____</p> <p>Nama Jelas</p>	<p>Mengetahui: Manager Kantor Cabang/Pimpinan Cabang</p> <p>_____</p> <p>Nama Jelas</p>	<p>CATATAN:</p>
--	---	------------------------