

# FORMULIR PENGAJUAN DUPLIKAT POLIS/KARTU

Jangan menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong

Yang bertanda-tangan di bawah ini:

**Nama Pemegang Polis** : \_\_\_\_\_  
**Nama Tertanggung** : \_\_\_\_\_  
**No. Polis** :    -         
**Alamat Saat Ini** : \_\_\_\_\_  
**Kode Pos** \_\_\_\_\_  
**No. Telepon** : \_\_\_\_\_ (R), \_\_\_\_\_ (K), \_\_\_\_\_ (HP)  
**Alamat E-mail** : \_\_\_\_\_

Dengan ini mengajukan permohonan untuk diterbitkan **Duplikat** :

- Polis  
 Kartu SmartCare

**Alasan pengajuan:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Dengan diterbitkannya Duplikat Polis tersebut maka Dokumen Polis asli atas nama saya dengan nomor tersebut di atas dibatalkan dan dinyatakan tidak berlaku lagi oleh Penanggung dan saya. Saya menjamin dan bertanggungjawab atas segala akibat hukum yang timbul dan atau kerugian yang diderita akibat diterbitkannya Duplikat Polis ini.

Saya juga mengetahui bahwa PT AXA LIFE INDONESIA berhak untuk menolak permohonan ini.

Ditandatangani di \_\_\_\_\_ tanggal: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Pemegang Polis,**

(.....)  
 Nama lengkap

**Keterangan:**

1. Untuk Duplikat Polis akan dikenakan biaya sebesar Rp. 100.000,-
2. Untuk Duplikat Kartu akan dikenakan biaya sebesar Rp. 20.000,-
3. Biaya Duplikat Polis dan Kartu dapat berubah sewaktu-waktu tanpa adanya pemberitahuan terlebih dahulu.

Kolom Verifikasi untuk diisi oleh Kantor Pusat	
Nama / Jabatan	
Tanggal	
Keterangan	
Tanda Tangan	