

FORMULIR PENGAJUAN PERUBAHAN POLIS

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 Email : _____

Dengan ini mengajukan permohonan perubahan Polis sebagai berikut: (pilih dan beri tanda ✓)

- | | |
|---|---|
| <p>Finansial</p> <p><input type="checkbox"/> Uang Pertanggungan*</p> <p><input type="checkbox"/> Asuransi Tambahan (Rider)</p> <p><input type="checkbox"/> Tanggal Lahir</p> <p><input type="checkbox"/> Frekuensi Pembayaran Premi (bulan/triwulan/semester/tahun)</p> <p><input type="checkbox"/> Program Asuransi</p> <p><input type="checkbox"/> Lain-lain</p> | <p>Non Finansial</p> <p><input type="checkbox"/> Ejaan Nama Tertanggung</p> <p><input type="checkbox"/> Nama Pemegang Polis**</p> <p><input type="checkbox"/> Alamat</p> <p><input type="checkbox"/> Termaslahat (Penggantian, Pengurangan, atau Penambahan)***</p> <p><input type="checkbox"/> Pekerjaan</p> <p><input type="checkbox"/> Cara Pembayaran (transfer/debet rekening/kartu kredit)</p> <p><input type="checkbox"/> Lain-lain</p> |
|---|---|

* Untuk menambah Uang Pertanggungan, hanya diperbolehkan pada tahun pertama Polis dan diajukan paling lambat 2 bulan sebelum ulang tahun Polis
 ** Bila nama Pemegang Polis berbeda dengan nama Tertanggung, maka hubungan dengan Tertanggung wajib diisi pada kolom keterangan perubahan
 *** Lingkari perubahan yang dipilih dan WAJIB menuliskan alasan perubahan Termaslahat pada kolom keterangan perubahan

Keterangan perubahan :

Susunan Termaslahat setelah perubahan :

Nama Termaslahat	Hubungan dengan Tertanggung	Tanggal Lahir	Jenis Kelamin P / W	Persentase

Bila persentase tidak diisi, maka bagian dari masing-masing Termaslahat dianggap sama

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

- Permohonan perubahan yang saya ajukan akan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari Polis. Saya setuju bahwa setiap perubahan sesuai dengan yang tercantum dalam permohonan perubahan atau catatan tambahan yang dilakukan oleh Perusahaan. Sehubungan dengan perubahan Polis yang saya ajukan, saya juga memberi kuasa kepada PT AXA LIFE INDONESIA untuk merubah Polis sesuai dengan Ketentuan yang berlaku.
- Perubahan yang saya ajukan berlaku jika permohonan ini diterima dan disetujui oleh PT AXA LIFE INDONESIA dan kewajiban pembayaran premi telah lunas (jika ada).

Ditandatangani di _____ tanggal: ____/____/____

Pemegang Polis,

(.....)

**Mengetahui,
Pemegang Polis Baru,**

(.....)

Diisi jika ada perubahan Pemegang Polis

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

Untuk Perubahan Program Asuransi dan semua Perubahan yang menyebabkan bertambahnya resiko wajib mengisi Pernyataan Kesehatan untuk Pengajuan Perubahan Polis.

Lihat halaman selanjutnya