

FORMULIR PERUBAHAN POLIS MINOR

Nama Pemegang Polis :

Nomor Polis :

Bersama ini Saya/Kami mengajukan perubahan Polis atas Polis Saya/Kami di atas sebagai berikut: (beri tanda ✓ pada perubahan yang diinginkan)

☐ **Perubahan Data Yang Ditunjuk Untuk Menerima Manfaat Asuransi**

Nama Lengkap (sesuai KTP/akta lahir/Kartu Keluarga)	Tanggal Lahir (tanggal/bulan/tahun)	Pria/ Wanita	%	Hubungan Dengan Tertanggung

- Sebutkan seluruh penerima manfaat
- Wajib melampirkan kartu identitas Pemegang Polis dan dokumen pendukung yang menunjukkan hubungan penerima manfaat dengan Tertanggung (kartu keluarga/akta lahir/dokumen pendukung lainnya)

☐ **Perubahan Alamat**

Perubahan atas : ☐ Alamat Tempat Tinggal ☐ Alamat Kantor ☐ Alamat Sesuai KTP

Alamat : _____

RT : _____ RW : _____

Kelurahan : _____ Kecamatan : _____

Kota : _____ Provinsi : _____ Kodepos : _____

- Wajib melampirkan kartu identitas Pemegang Polis

☐ **Perubahan Alamat Korespondensi**

Alamat Korespondensi : ☐ Alamat Tempat Tinggal ☐ Alamat Kantor
☐ Alamat Sesuai KTP

- Wajib melampirkan kartu identitas Pemegang Polis

☐ **Perubahan Nomor Telepon**

No. Whatsapp : _____

No. Handphone 1 : _____ No. Handphone 2 : _____

No. Telepon Rumah : _____ No. Telepon Kantor : _____

- Wajib melampirkan kartu identitas Pemegang Polis

☐ **Perubahan Alamat E-mail**

Alamat E-mail : _____

- Wajib melampirkan kartu identitas Pemegang Polis

☐ **Perubahan/Koreksi Nama**

Perubahan/koreksi atas : ☐ Pemegang Polis ☐ Tertanggung ☐ Penerima Manfaat

Nama Lama : _____

Nama Baru : _____

- Wajib melampirkan kartu identitas Pemegang Polis dan dokumen pendukung (surat ganti nama/akta lahir/kartu keluarga/dokumen pendukung lainnya).

☐ **Perubahan/Koreksi Tanggal Lahir**

Perubahan atas : ☐ Pemegang Polis ☐ Tertanggung ☐ Penerima Manfaat

Nama : _____

Tanggal Lahir Lama : ____/____/____ (tanggal/bulan/tahun)

Tanggal Lahir Baru : ____/____/____ (tanggal/bulan/tahun)

- Wajib melampirkan kartu identitas Pemegang Polis dan akta lahir.
- Jika dilakukan Perubahan tanggal lahir Tertanggung akan dilakukan proses seleksi risiko ulang.

☐ **Perubahan Frekuensi Pembayaran**

Perubahan menjadi : ☐ Bulanan ☐ Tahunan

- Wajib melampirkan kartu identitas Pemegang Polis
- Perubahan frekuensi pembayaran menjadi tahunan hanya dapat diajukan sesuai dengan siklus pembayaran
- Pengajuan diajukan selambat-lambatnya 30 hari sebelum jatuh tempo premi

☐ **Cetak Ulang Polis**

Alasan Cetak Ulang Polis : ☐ Polis Hilang ☐ Polis Rusak

- Wajib melampirkan kartu identitas Pemegang Polis, bukti pembayaran biaya cetak ulang Polis (sesuai dengan ketentuan Polis), dan Surat Keterangan Kehilangan dari Kepolisian (apabila Polis hilang)/buku Polis yang rusak (apabila Polis rusak)

☐ **Perubahan Metode Pembayaran**

Metode Pembayaran : ☐ Autodebet Rekening ☐ Autodebet Kartu Kredit ☐ Transfer Bank

Data Rekening/Kartu Kredit (diisi untuk metode pembayaran Autodebet Rekening/Kartu Kredit)

Masa Berlaku : ____/____/____ (bulan/tahun)
(khusus untuk Autodebet Kartu Kredit)

Nama Bank : _____ Nomor Rekening/Kartu Kredit : _____

Nama Pemilik Rekening/Kartu Kredit : _____

Hubungan Dengan Pemegang Polis : ☐ Diri Sendiri ☐ Suami/Istri ☐ Orang Tua ☐ Anak ☐ Lainnya : _____

Data Pemilik Rekening/Kartu Kredit (diisi jika pemilik rekening/kartu kredit bukan sebagai Pemegang Polis)

Nama Lengkap : _____

Warga Negara : ☐ Indonesia ☐ Asing, sebutkan : _____

Bukti Identitas ☐ KTP ☐ SIM ☐ Paspor dan KITAS (khusus untuk warga negara asing)

Nomor Bukti Identitas : _____

Apakah Anda Hanya Berdomisili Pajak di Indonesia : ☐ Ya ☐ Tidak NPWP/TIN : _____

Tempat Lahir : _____ Tanggal Lahir : ____/____/____ (tanggal/bulan/tahun)

Jenis Kelamin : ☐ Pria ☐ Wanita

Status : ☐ Menikah ☐ Belum Menikah ☐ Janda/Duda

Alamat Sesuai Dengan Identitas : _____

Kelurahan : _____ Kecamatan : _____ RT : _____ RW : _____

Kota : _____ Provinsi : _____ Kodepos : _____

Alamat Tempat Tinggal ((diisi jika berbeda dengan alamat identitas) : _____

Kelurahan : _____ Kecamatan : _____ RT : _____ RW : _____

Kota : _____ Provinsi : _____ Kodepos : _____

Nomor Telepon Rumah : _____ Nomor Handphone 1 : _____

Nomor Telepon Kantor : _____ Nomor Handphone 2 : _____

Alamat E-mail : _____

Nama Perusahaan : _____

Klasifikasi Bidang Industri : ☐ Pertanian ☐ Konstruksi ☐ Perdagangan ☐ Pertambangan
☐ Manufaktur ☐ Jasa Keuangan ☐ Pemerintahan ☐ Lainnya : _____

Jabatan : _____ Uraian Pekerjaan : _____

Alamat Kantor : _____

Kelurahan : _____ Kecamatan : _____ RT : _____ RW : _____

Kota : _____ Provinsi : _____ Kodepos : _____

Perkiraan Penghasilan Kotor : Rp _____ Per Tahun

Sumber Penghasilan ☐ Gaji ☐ Warisan ☐ Hasil Investasi

☐ Bisnis Pribadi ☐ Bonus/Insentif/Komisi ☐ Lainnya : _____

Tujuan Membeli Asuransi : ☐ Perlindungan Keluarga ☐ Perlindungan Hari Tua ☐ Investasi

☐ Perlindungan Pendidikan ☐ Perlindungan Kesehatan ☐ Lainnya : _____

- Wajib melampirkan kartu identitas Pemegang Polis, Surat Kuasa Autodebet Rekening/Kartu Kredit, kartu identitas pemilik rekening/kartu kredit, dan dokumen pendukung yang menunjukkan hubungan pemilik rekening/kartu kredit dengan Pemegang Polis
- Pengajuan diajukan selambat-lambatnya 30 hari sebelum jatuh tempo premi

☐ **Cuti Premi**

Berlaku sejak tanggal : ____/____/____ (tanggal/bulan/tahun) sampai dengan tanggal : ____/____/____ (tanggal/bulan/tahun)

- Wajib melampirkan kartu identitas Pemegang Polis
- Berlaku sampai dengan adanya pengajuan Pembatalan Cuti Premi

☐ **Pembatalan Cuti Premi**

- Wajib melampirkan kartu identitas Pemegang Polis

☐ **Lain-lain, jelaskan :**

Catatan Penting:

- Selama periode Cuti Premi, Anda akan dikenakan biaya bulanan (termasuk namun tidak terbatas pada Biaya Asuransi, Biaya Administrasi, Biaya Cuti Premi (jika ada) sesuai ketentuan Polis. Ketidacukupan nilai investasi pada Polis untuk membayar biaya bulanan selama periode Cuti Premi dapat mengakibatkan Polis berakhir (lapse).
- Fasilitas Cuti Premi akan berakhir secara otomatis jika Anda melakukan pembayaran Premi secara Transfer dalam periode Cuti Premi.

PERNYATAAN

- Saya/Kami menyatakan telah membaca, mengerti dan memahami semua pertanyaan dan pernyataan dalam Formulir Perubahan Polis Minor ini. Saya/Kami menyatakan bahwa semua data, informasi, pernyataan dan keterangan yang diberikan di dalam Formulir Perubahan Polis Minor ini dan data, informasi, pernyataan dan keterangan lain yang Saya/Kami sampaikan kepada Penanggung adalah benar, akurat, lengkap, dan dibuat secara jujur; dan tidak ada keterangan-keterangan dan hal-hal lain yang tidak Saya/Kami ungkapkan, sehingga dapat digunakan sebagai dasar pembuatan serta ketentuan-ketentuan yang dimuat dalam Polis. Apabila di kemudian hari diketahui sebaliknya, maka Saya/Kami setuju bahwa pertanggungan asuransi menjadi batal sejak awal dan Penanggung dilepaskan dari segala kewajibannya terkait pertanggungan ini serta segala tuntutan, gugatan, atau klaim apapun baik saat ini atau di kemudian hari.
- Saya/Kami mengerti bahwa pengajuan Formulir Perubahan Polis Minor ini hanya diproses apabila Saya/Kami telah melengkapi persyaratan yang diperlukan oleh Penanggung, dan pengajuan ini dinyatakan berlaku setelah disetujui oleh Penanggung.
- Saya/Kami menyatakan mengerti dan bertanggung jawab dalam hal terjadi Permasalahan akibat perubahan yang diajukan termasuk namun tidak terbatas dalam hal kegagalan pendebitan rekening akibat saldo yang tidak cukup atau rekening tidak aktif atau rekening tutup atau hal lainnya yang mengakibatkan pendebitan rekening tidak dapat dilakukan dan polis menjadi tidak berlaku akan menjadi tanggung jawab Saya/Kami.
- Segala akibat yang timbul sehubungan dengan Perubahan Polis ini menjadi tanggung jawab Saya/Kami sepenuhnya dan dengan ini Saya/Kami membebaskan Penanggung dari segala macam tuntutan dan atau gugatan dari pihak manapun.

Ditandatangani di _____, tanggal ____/____/20____ (tanggal/bulan/tahun)

Tanda Tangan Pemegang Polis

Tanda Tangan Pemilik Rekening/Kartu Kredit (untuk Perubahan Metode Pembayaran)