

## FORMULIR PERMOHONAN PERUBAHAN POLIS - NON FINANCIAL

No. ONC

Saya yang bertanda tangan di bawah ini: (harap diisi dengan huruf kapital)□

Nomor Polis □ :□ \_\_\_\_\_  
 Nama Pemegang Polis □ :□ \_\_\_\_\_  
 Nama Tertanggung □ :□ \_\_\_\_\_  
 No. telepon yang bisa dihubungi □ :□ \_\_\_\_\_  
 Apakah ada perubahan alamat? □ :□  Ya □  Tidak □  
 Jika ya, mohon tuliskan perubahannya □ \_\_\_\_\_ □  
 \_\_\_\_\_ □  
 Kota/Propinsi □ : \_\_\_\_\_ Kode Pos □ : \_\_\_\_\_ □  
 Telepon (R) □ : \_\_\_\_\_ Telepon (K) □ : \_\_\_\_\_ □  
 Handphone □ : \_\_\_\_\_ □

Perubahan ini merupakan alamat □ :□  korespondensi □  rumah □  kantor

Dokumen Terlampir:□

1.  Fotokopi kartu identitas Pemegang Polis (wajib) □  
 2.  Fotokopi Akte Kelahiran/ Akte Ganti Nama/(Pasport) □  
 3.  Fotokopi Kartu Keluarga □  
 4.  Surat Kuasa Pembayaran Premi Asuransi melalui kartu (kredit) □  
 5.  Surat Kuasa Pendebetan Rekening Pembayaran Premi (Asuransi) □  
 6.  Lainnya (jelaskan). \_\_\_\_\_ □

A. JENIS PERUBAHAN (isi dan beri tanda ( , sesuai dengan perubahan yang diinginkan)□

Revisi Data Tertanggung  
 Nama Tertanggung\* □ :□ \_\_\_\_\_ □  
 Identitas diri □ :□  KTP/ SIM □  Paspor □  Akte Kelahiran  KITAS / KIMS □  
 No. \_\_\_\_\_ □  
 Pekerjaan □ :□ \_\_\_\_\_ □  
 Tanggal Lahir □ :□ \_\_\_\_\_ □

\*) Lampirkan dengan fotokopi Akte Kelahiran/ Akte Ganti Nama/ Paspor

Revisi Data Pemegang Polis  
 Nama Pemegang Polis\* □ :□ \_\_\_\_\_ □  
 Identitas diri □ :□  KTP/ SIM □  Paspor □  Akte Kelahiran  KITAS / KIMS □  
 No. \_\_\_\_\_ □  
 Pekerjaan □ :□ \_\_\_\_\_ □  
 Tanggal Lahir □ :□ \_\_\_\_\_ □

\*) Lampirkan dengan fotokopi Akte Kelahiran/ Akte Ganti Nama/ Paspor

Perubahan Pemegang Polis  
 Nama Pemegang Polis Baru\*\* □ :□ \_\_\_\_\_ □  
 Identitas diri □ :□  KTP/ SIM □  Paspor □  Akte Kelahiran  KITAS / KIMS □  
 No. \_\_\_\_\_ □  
 Pekerjaan □ :□ \_\_\_\_\_ □  
 Tanggal Lahir □ :□ \_\_\_\_\_ □  
 Hubungan dengan Tertanggung\*\*\* □ :□ \_\_\_\_\_ □

\*\*) Lampirkan dengan fotokopi kartu keluarga

\*\*\*) Hubungan dengan Tertanggung harus merupakan hubungan financial yang diakui secara hukum (Insurable Interest)

 Perubahan Data Termaslahat (Ahli Waris)□

Nama Lengkap □	L/W □	Tanggal Lahir □	Hubungan dengan Tertanggung □	% Maslahat □

L = Laki-laki, W = Wanita

 Permintaan Duplikat Polis

Alasan □ :□ ( ) □ Hilang (lampirkan Surat Keterangan □ dari Kepolisian dan bukti pembayaran □ biaya duplikat Polis) □ ( ) □ Rusak (lampirkan Polis yang rusak dan □ bukti pembayaran biaya duplikat Polis) □

 Perubahan Metode Pembayaran Premi, melalui:

( ) □ Tunai/ Transfer □ ( ) □ Auto Debit\*\* □ ( ) □ Kartu Kredit\*\*\* □

\*\*) Harap mengisi Surat Kuasa Pendebetan Rekening Pembayaran Premi Asuransi □

\*\*\*) Harap mengisi Surat Kuasa Pembayaran Premi Asuransi melalui Kartu Kredit

Lain-lain (jelaskan). \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**B. PERNYATAAN PEMEGANG POLIS**

Dengan ini Saya menyatakan bahwa semua pernyataan dan jawaban di atas adalah lengkap dan benar sesuai dengan keadaan terakhir Saya yang sebenarnya. Saya mengerti bahwa permohonan ini tidak akan berlaku sebelum diterima dan diproses sesuai dengan ketentuan yang berlaku pada Penanggung.

Dibuat dan ditandatangani di \_\_\_\_\_ tanggal \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Pemegang Polis

\_\_\_\_\_  
 Tertanggung (hanya jika   
 ada revisi data Tertanggung)

\_\_\_\_\_  
 Pemegang Polis Lama (hanya   
 jika ada perubahan Pemegang Polis)

<p>Data Agen <input type="checkbox"/></p> <p>Nama Agen <input type="checkbox"/> : _____</p> <p>No. Agen <input type="checkbox"/> : _____ <input type="checkbox"/></p> <p>Nama Leader <input type="checkbox"/> : _____ <input type="checkbox"/></p> <p>Nomor telepon yang bisa dihubungi: <input type="checkbox"/></p> <p>Kantor <input type="checkbox"/> : _____ <input type="checkbox"/></p> <p>Handphone <input type="checkbox"/> : _____ <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Tanda tangan <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">_____  <input type="checkbox"/> (nama jelas) <input type="checkbox"/></p>	<p>Diverifikasi oleh: <input type="checkbox"/> Agency <input type="checkbox"/> CCC <input type="checkbox"/> Pusat</p> <p>Nama : _____ <input type="checkbox"/></p> <p>Tanggal : _____ <input type="checkbox"/></p> <p>Telepon : _____</p> <p style="text-align: center;">Tanda tangan <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">_____  <input type="checkbox"/> (nama jelas) <input type="checkbox"/></p>								
<p>Catatan: diisi oleh Kantor Pusat <input type="checkbox"/></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">1. _____ <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%; border: none;">5. _____ <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">2. _____ <input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;">6. _____ <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">3. _____ <input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;">7. _____ <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">4. _____ <input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;">8. _____ <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		1. _____ <input type="checkbox"/>	5. _____ <input type="checkbox"/>	2. _____ <input type="checkbox"/>	6. _____ <input type="checkbox"/>	3. _____ <input type="checkbox"/>	7. _____ <input type="checkbox"/>	4. _____ <input type="checkbox"/>	8. _____ <input type="checkbox"/>
1. _____ <input type="checkbox"/>	5. _____ <input type="checkbox"/>								
2. _____ <input type="checkbox"/>	6. _____ <input type="checkbox"/>								
3. _____ <input type="checkbox"/>	7. _____ <input type="checkbox"/>								
4. _____ <input type="checkbox"/>	8. _____ <input type="checkbox"/>								