

## SURAT PERNYATAAN PERUBAHAN PERTANGGUNGAN ASURANSI KESEHATAN ALLIANZ

Saya sebagai Pemegang Polis yang bertanda tangan di bawah ini mengajukan perubahan pertanggungangan Asuransi Kesehatan PT Asuransi Allianz Life Indonesia ("Allianz") dari:

- Polis Individual Health (Standalone) menjadi Individual Health Rider\*

Polis Individual Health (Standalone)		
<input type="checkbox"/> SmartMed Premier	<input type="checkbox"/> SmartHealth Maxi Violet	<input type="checkbox"/> Allisya Care
Nama Tertanggung / Peserta	:	
Tanggal Lahir	:	
Nomor Polis	:	
Nomor Tertanggung / Peserta	:	
Plan	:	
Menjadi Individual Health Rider		
<input type="checkbox"/> Hospital & Surgical Care +	<input type="checkbox"/> Allisya Hospital & Surgical Care +	
<input type="checkbox"/> Hospital & Surgical Care Premier	<input type="checkbox"/> Hospital & Surgical Care Premier Syariah	
Nama Tertanggung/ Peserta	:	
Tanggal Lahir	:	
Nomor Ref SPAJ**	:	
Nomor Polis ***	:	
Plan	:	

- Individual Health Rider → Polis Individual Health (Standalone)

Individual Health Rider		
<input type="checkbox"/> Hospital & Surgical Care +	<input type="checkbox"/> Allisya Hospital & Surgical Care +	
<input type="checkbox"/> Hospital & Surgical Care Premier	<input type="checkbox"/> Hospital & Surgical Care Premier Syariah	
Nama Tertanggung/ Peserta	:	
Tanggal Lahir	:	
Nomor Polis	:	
Nomor Peserta	:	
Plan	:	
Menjadi Polis Individual Health (Standalone)		
<input type="checkbox"/> SmartMed Premier	<input type="checkbox"/> SmartHealth Maxi Violet	<input type="checkbox"/> Allisya Care
Nama Tertanggung/ Peserta	:	
Tanggal Lahir	:	
Nomor Ref FAAKP	:	
Nomor Polis	:	
Plan	:	

Dokumen terlampir:

- Fotokopi Identitas Pemegang Polis (KTP & KK)       Surat Permintaan Asuransi Tambahan (SPAT)  
 Surat Pengajuan Asuransi Jiwa (SPAJ)       Formulir Aplikasi Asuransi Kesehatan Perorangan (FAAKP)

Permohonan Perubahan Polis – Financial

Lainnya : \_\_\_\_\_

Note: \*) Kecuali rider Flexicare Family

\*\*\*) Harap mencantumkan Nomor Ref SPAJ bagi Nasabah yang belum menjadi Nasabah produk Unit Link

\*\*\*\*) Harap mencantumkan Nomor Polis Unit Link bagi Nasabah yang sudah menjadi Nasabah produk Unit Link

Persetujuan perubahan ini akan tetap mengacu kepada keputusan hasil seleksi risiko dari Underwriting.

Semua pernyataan, keterangan dan jawaban dalam Surat Pernyataan Perubahan Pertanggungungan Asuransi Kesehatan ini telah Pemegang Polis (selanjutnya disebut "Saya") berikan sesuai dengan apa yang Saya ketahui secara lengkap dan benar. Apabila pernyataan, keterangan dan jawaban yang Saya berikan tidak benar/ kurang benar, maka Saya memahami serta menyetujui sepenuhnya bahwa Surat Pernyataan Perubahan Pertanggungungan Asuransi Kesehatan ini menjadi batal dan Allianz dibebaskan dari segala kewajiban membayar Manfaat Asuransi, segala gugatan, tuntutan, klaim apapun, maupun mengembalikan Premi, baik saat ini maupun di kemudian hari.

Dibuat dan ditandatangani di : \_\_\_\_\_

Tanda Tangan Pemegang Polis

Tanggal : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nama Jelas

Diisi oleh Agen

Nama Agen : \_\_\_\_\_

No. Agen : \_\_\_\_\_