

FORMULIR PERUBAHAN PERTANGGUNGAN

Saya sebagai Pemegang Polis yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : _____
Nomor Polis : _____

Dengan ini mengajukan Perubahan Pertanggungan dengan data sebagai berikut :

☐ **PENGKINIAN DATA (hanya jika terdapat perubahan data Pemegang Polis)**

☐ Nomor Telepon Selular : _____
☐ E-mail : _____
☐ Rekening Manfaat
Nama Pemilik Rekening : _____
Nomor Rekening : _____
Nama Bank : _____
Mata Uang : ☐ Rupiah ☐ Dollar (USD)
Negara : _____

☐ **Perubahan Manfaat Polis (Perubahan Major)***

Perubahan uang pertanggungan : _____
Perubahan plan : _____
Perubahan periode masa asuransi : _____
Penambahan asuransi tambahan : _____
Penghapusan asuransi tambahan : _____
Penghapusan tertanggung asuransi : An.
An.

Perubahan Lain – Lain : _____
(Jelaskan perubahan yang diinginkan)

Data Calon Tertanggung Tambahan 1

Nama Lengkap : _____
Jenis Kelamin : _____
Tempat & Tanggal Lahir : _____
Status Perkawinan : _____
Kewarganegaraan : _____
Hobi Berisiko Tinggi : _____ (Lampirkan kuisioner terkait)
Hubungan dengan Tertanggung Utama : _____
Pekerjaan / Jabatan : _____
Nama Perusahaan / Lembaga : _____
Jenis Pekerjaan : _____
Uraian Pekerjaan : _____
Alamat tempat tinggal : _____

Data Calon Tertanggung Tambahan 2

Nama Lengkap : _____
Jenis Kelamin : _____
Tempat & Tanggal Lahir : _____
Status Perkawinan : _____
Kewarganegaraan : _____
Hobi Berisiko Tinggi : _____ (Lampirkan kuisioner terkait)
Hubungan dengan Tertanggung Utama : _____
Pekerjaan / Jabatan : _____
Nama Perusahaan / Lembaga : _____
Jenis Pekerjaan : _____
Uraian Pekerjaan : _____
Alamat tempat tinggal : _____

*Wajib melampirkan ilustrasi, mengisi data calon tertanggung tambahan (jika memilih penambahan tertanggung asuransi) & pernyataan Kesehatan



FORMULIR PERUBAHAN PERTANGGUNGAN
Data Calon Tertanggung Tambahan 3

Nama Lengkap : _____
 Jenis Kelamin : _____
 Tempat & Tanggal Lahir : _____
 Status Perkawinan : _____
 Kewarganegaraan : _____
 Hobi Berisiko Tinggi : _____ (Lampirkan kuisioner terkait)
 Hubungan dengan Tertanggung Utama : _____
 Pekerjaan / Jabatan : _____
 Nama Perusahaan / Lembaga : _____
 Jenis Pekerjaan : _____
 Uraian Pekerjaan : _____
 Alamat tempat tinggal : _____

Data Calon Tertanggung Tambahan 4

Nama Lengkap : _____
 Jenis Kelamin : _____
 Tempat & Tanggal Lahir : _____
 Status Perkawinan : _____
 Kewarganegaraan : _____
 Hobi Berisiko Tinggi : _____ (Lampirkan kuisioner terkait)
 Hubungan dengan Tertanggung Utama : _____
 Pekerjaan / Jabatan : _____
 Nama Perusahaan / Lembaga : _____
 Jenis Pekerjaan : _____
 Uraian Pekerjaan : _____
 Alamat tempat tinggal : _____

☐ **Seleksi Resiko Ulang (Re-Underwriting)**

- ☐ Tertanggung Utama
☐ Tertanggung Tambahan 1
☐ Tertanggung Tambahan 2
- ☐ Tertanggung Tambahan 3
☐ Tertanggung Tambahan 4

Kelengkapan dokumen yang dilampirkan:

- ☐ Laporan Pemeriksaan Kesehatan
☐ Hasil Laboratorium terbaru
- ☐ Kuesioner : _____
☐ Lainnya : _____

Keterangan pengajuan seleksi resiko ulang:

Ditandatangani di _____

Tanggal
(Tgl/Bln/Thn)

Lampirkan fotokopi identitas diri

Pemegang Polis

Tanda Tangan & Nama Jelas

Dokumen diverifikasi oleh:

Nama CS / BC / Agent _____

Tanda Tangan _____

Tanggal diterima
(Tgl/Bln/Thn)

Jangan menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong
