

## FORMULIR PERUBAHAN PERTANGGUNGAN

Saya sebagai Pemegang Polis yang bertanda tangan di bawah ini:

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

Nomor Polis : \_\_\_\_\_

Dengan ini mengajukan Perubahan Pertanggung jawaban 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

:

Cabang/Unit

:

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

:

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

:

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)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tertanggung Utama      | <input type="checkbox"/> Tertanggung Tambahan 3 |
| <input type="checkbox"/> Tertanggung Tambahan 1 | <input type="checkbox"/> Tertanggung Tambahan 4 |
| <input type="checkbox"/> Tertanggung Tambahan 2 |   |

Kelengkapan dokumen yang dilampirkan:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Laporan Pemeriksaan Kesehatan | <input type="checkbox"/> Kuesioner : _____ |
| <input type="checkbox"/> Hasil Laboratorium terbaru    | <input type="checkbox"/> 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

