

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Pemegang Polis,

(Untuk Pemegang Polis Perusahaan, mohon dilengkapi dengan Cap Perusahaan)

TTD

Nama:

Tempat : _____

Tanggal : __/__/____

Untuk Perhatian:

- Formulir Pengajuan Perubahan Manfaat Polis ini berlaku selama 30 (tiga puluh) hari kalender sejak ditandatangani.
- Ketentuan Pengajuan Perubahan Manfaat Polis ini tetap mengacu pada ketentuan Polis.

Diisi oleh Kantor Pemasaran / Kantor Pusat:

Dokumen yang harus dilampirkan :

Jenis Transaksi	Perubahan Uang Pertanggungan / Manfaat Asuransi / Asuransi Tambahan	Penebusan Polis	Pemulihan Polis	Reduce Paid Up	Pinjaman Polis
1. Asli Formulir Pengajuan Perubahan Manfaat Polis	○	○	○	○	○
2. Asli Formulir Pernyataan Kesehatan <i>(jika ada penambahan Manfaat Asuransi)</i>	○		○		
3. Hasil Pemeriksaan Kesehatan	○		○		
4. Fotokopi Identitas Diri Pemegang Polis	○	○	○	○	○
5. Fotokopi Identitas Diri Tertanggung / Peserta	○		○		
6. Asli Ilustrasi Produk	○		○		