

FORMULIR PENGAJUAN PERUBAHAN MANFAAT POLIS



- Mohon mengisi dengan menggunakan pulpen warna hitam, huruf cetak dan tulisan tidak keluar dari kotak, jelas dan memberi tanda ✓ pada kotak jawaban yang sesuai.
- Jika terjadi salah penulisan, jangan dihapus tetapi dicoret dan bubuhkan tanda tangan Pemegang Polis di sebelahnya sesuai dengan kartu identitas diri yang dilampirkan.
- Untuk mempercepat proses pengajuan Anda, mohon melengkapi seluruh persyaratan yang tertera di formulir ini.

Saya sebagai Pemegang Polis, yang bertanda tangan di bawah ini :

1. DATA PEMEGANG POLIS

Nama Lengkap :
(sesuai identitas diri)

No. Polis :

No. Telpn : Ponsel (HP) :

Telpn : -

Kantor : -

setuju untuk mengajukan transaksi atas Polis di atas sebagai berikut :

2. DATA TRANSAKSI

Perubahan Uang Pertanggungan (UP) / Manfaat Asuransi / Asuransi Tambahan (Rider)

Asuransi Dasar / Tambahan	Uang Pertanggungan / Manfaat Asuransi Lama	Uang Pertanggungan / Manfaat Asuransi Baru
<input type="checkbox"/> Asuransi Dasar		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

Penebusan Polis (Surrender)

Alasan :

Reduce Paid Up

Alasan :

Pemulihan Polis (Reinstatement)

Alasan :

Pinjaman Polis

Jangka Waktu Pinjaman : 12 (dua belas) bulan 6 (enam) bulan

Besar Pinjaman : . . .
(jumlah pinjaman dan bunga maksimal 80% dari Nilai Tunai)

3. DATA REKENING PEMEGANG POLIS

Jika ada pengembalian premi/kontribusi / pengajuan penebusan polis / pinjaman polis disetujui, mohon dana tersebut ditransfer ke rekening berikut :

Bank :

Cabang :

No. Rekening :

Nama Pemilik Rekening* :

* Nama Pemilik Rekening harus sama dengan Pemegang Polis

No. Polis :

4. DOKUMEN LAMPIRAN

Jenis Transaksi	Perubahan Uang Pertanggungan / Manfaat Asuransi / Asuransi Tambahan	Reduce Paid Up	Penebusan Polis	Pemulihan Polis	Pinjaman Polis
1. Formulir Pengajuan Perubahan Manfaat Polis	○	○	○	○	○
2. Formulir Pernyataan Kesehatan <i>(jika ada penambahan Manfaat Asuransi)</i>	○			○	
3. Fotokopi Identitas Diri Pemegang Polis	○	○	○	○	○
4. Fotokopi Identitas Diri Tertanggung	○			○	
5. Hasil Pemeriksaan Kesehatan	○			○	
6. Polis Asli			○		○
7. Bukti Pembayaran	○			○	
8. Formulir Daftar Pertanyaan Keuangan <i>(jika Uang Pertanggungan / Manfaat Asuransi 3,5 Milyar – 5 Milyar)</i>	○			○	
9. Formulir Daftar Pertanyaan Keuangan dan Fotokopi Rekening Bank 3 bulan terakhir / Laporan Keuangan Perusahaan terakhir / Bukti Kepemilikan Perusahaan <i>(jika Uang Pertanggungan / Manfaat Asuransi > 5 Milyar)</i>	○			○	

Pemegang Polis,

Nama : Tempat : Tanggal :

Tertanggung / Peserta,

Nama : Tempat : Tanggal :

Diisi untuk Penambahan Manfaat Asuransi dan Reinstatement