

PENGAJUAN PERUBAHAN POLIS

Mohon untuk **TIDAK** menandatangani pengajuan ini dalam keadaan kosong/belum diisi

Kantor Layanan

DATA POLIS

1. Nomor Polis : _____
 2. Nama Pemegang Polis : _____
 3. Nomor Identitas Diri (E-KTP) : _____

ALAMAT KORESPONDENSI (ISI DAN BERI TANDA ✓ PADA KOTAK SESUAI YANG DIINGINKAN)

Perubahan alamat korespondensi sesuai identitas yang masih berlaku*)

Alamat Rumah : _____

_____ Rt/Rw : _____

Kelurahan : _____ Kecamatan : _____

Kota : _____ Kode Pos : _____

Propinsi : _____ Negara : _____

Telepon Rumah : _____

Alamat Kantor : _____

_____ Rt/Rw : _____

Kelurahan : _____ Kecamatan : _____

Kota : _____ Kode Pos : _____

Propinsi : _____ Negara : _____

Telepon Kantor : _____

Alamat Korespondensi (wajib diisi) : Rumah Kantor

: Handphone _____

: Email _____

*Jika pada Pengajuan ini terdapat perbedaan Alamat dengan yang ada pada Kami, maka Pengajuan ini akan digunakan untuk proses Pengkinian Data dan dapat dipergunakan sebagai media komunikasi terkait Polis

PERUBAHAN POLIS (ISI DAN BERI TANDA ✓ PADA KOTAK SESUAI YANG DIINGINKAN)

Dengan ini saya mengajukan perubahan atas polis saya di atas sebagai berikut :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Perubahan Pemegang Polis | <input type="checkbox"/> Perubahan Uang Pertanggungsaan* |
| <input type="checkbox"/> Penambahan Asuransi Tambahan* | <input type="checkbox"/> Perubahan Termasalihat |
| <input type="checkbox"/> Penghapusan Asuransi Tambahan | <input type="checkbox"/> Cetak Copy Polis |
| <input type="checkbox"/> Perubahan Tanggal Lahir (Pemegang Polis/Tertanggung) | <input type="checkbox"/> Perubahan Periode Pembayaran Premi |
| <input type="checkbox"/> Perubahan Masa Pembayaran Premi | <input type="checkbox"/> Pemulihan Asuransi Tambahan* |
| <input type="checkbox"/> Pemulihan Polis* | <input type="checkbox"/> Perubahan Cara Bayar Polis |
| | <input type="checkbox"/> Lain-lain |

Penjelasan Perubahan Polis di atas :

PERNYATAAN PEMEGANG POLIS

Saya sebagai Pemegang Polis menyatakan bahwa:

1. Seluruh keterangan yang saya berikan pada dokumen pengajuan Perubahan Polis ini adalah benar, dan dengan menandatangani pengajuan Perubahan Polis ini, saya mengerti dan menyadari bahwa Polis saya akan disesuaikan dengan Perubahan Polis (endorsement) yang diterbitkan oleh PT Equity Life Indonesia berdasarkan keterangan yang saya berikan di atas.
2. Seluruh keterangan yang saya cantumkan dalam Pengajuan ini menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari Polis.
3. Seluruh Salinan dokumen yang diberikan terkait perubahan di atas adalah sesuai asli dan masih berlaku.
4. PT Equity Life Indonesia berhak menolak transaksi dan/atau menutup hubungan usaha dengan Pemegang Polis yang tidak memenuhi ketentuan APU PPT yang berlaku.
5. Semua alamat korespondensi dan nomor telepon yang telah diinformasikan dapat dipergunakan sebagai media komunikasi terkait Polis.
6. Segala risiko yang timbul yang diakibatkan karena Pengajuan Perubahan Polis ini sepenuhnya menjadi tanggung jawab saya.
7. PT Equity Life Indonesia dibebaskan dari segala tuntutan dari saya dan/atau Termaslahat saya/pihak manapun sehubungan dengan pengajuan tersebut di atas. Apabila terdapat tuntutan dari pihak manapun sehubungan dengan pengajuan di atas, maka saya akan bertanggung jawab penuh.
8. Perubahan Polis berlaku apabila telah disetujui PT Equity Life Indonesia selaku Penanggung.

Pemegang Polis**
Nama jelas & tanda tangan

Tempat pengajuan : _____

Tanggal pengajuan : - -

*Harap mengisi Data Kesehatan

**Apabila Pemegang Polis adalah Badan Hukum sertakan stempel perusahaan

UNTUK KEPENTINGAN PERUSAHAAN

Diperiksa oleh Admin
Paraf & tanggal
Nama :

Mengetahui Branch Service Area/Unit
Paraf & tanggal
Nama :

Catatan penting area/unit : _____

KELENGKAPAN DOKUMEN (DIISI OLEH ADMIN)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fotokopi identitas diri Pemegang Polis yang masih berlaku (E-ktp) | <input type="checkbox"/> Pernyataan Flexi Medical Care/Flexi Medicare Plus |
| <input type="checkbox"/> Asli data perihal perubahan Pemegang Polis | <input type="checkbox"/> Pernyataan Flexi Hospital |
| <input type="checkbox"/> Asli Formulir Data Kesehatan | <input type="checkbox"/> Apabila Pemegang Polis adalah Badan Hukum harap lampirkan fotokopi Akta perubahan terakhir |
| <input type="checkbox"/> Asli proposal perubahan polis yang sudah ditandatangani Pemegang Polis | <input type="checkbox"/> Dokumen lain (jika diperlukan) |