

PENGAJUAN PERUBAHAN POLIS

**Isi lengkap dan beri tanda ✓ dalam kotak pilihan. Jika pengisian salah, harap dicoret dan ditandatangani (dilarang menggunakan tipe-x).
Data diisi lengkap dan benar. Mohon untuk TIDAK menandatangani pengajuan ini dalam keadaan kosong/belum diisi.**

A. DATA POLIS

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

B. ALAMAT KORESPONDENSI (WAJIB DIISI JIKA ADA PERUBAHAN)

Perubahan alamat korespondensi sesuai identitas yang masih berlaku*)

Alamat Rumah : _____

RT/RW : _____ Provinsi : _____

Kelurahan : _____ Negara : _____

Kecamatan : _____ Kode Pos : _____

Kota : _____ Telepon : _____

Alamat Kantor : _____

RT/RW : _____ Provinsi : _____

Kelurahan : _____ Negara : _____

Kecamatan : _____ Kode Pos : _____

Kota : _____ Telepon : _____

Alamat Korespondensi : Rumah Kantor

(wajib diisi)

Handphone : _____

Email : _____

*Jika pada Pengajuan ini terdapat perbedaan alamat dengan yang ada pada kami, maka Pengajuan ini akan digunakan untuk proses Penginian Data dan dapat dipergunakan sebagai media komunikasi terkait Polis.

C. PERUBAHAN POLIS (BERI TANDA ✓ DALAM KOTAK YANG DIPILIH)

Dengan ini saya mengajukan Perubahan Polis saya di atas sebagai berikut:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Perubahan Pemegang Polis* | <input type="checkbox"/> Perubahan Uang Pertanggung** |
| <input type="checkbox"/> Penambahan Asuransi Tambahan** | <input type="checkbox"/> Perubahan Termaslahat |
| <input type="checkbox"/> Penghapusan Asuransi Tambahan | <input type="checkbox"/> Cetak <i>Copy</i> 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"/> Perubahan Cara Bayar Polis |
| <input type="checkbox"/> Lain-lain | |

Penjelasan Perubahan Polis di atas:

D. KELENGKAPAN DOKUMEN

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fotokopi Identitas 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"/> Dokumen lain jika diperlukan |
| <input type="checkbox"/> Asli Proposal Perubahan Polis yang sudah ditandatangani Pemegang Polis | <input type="checkbox"/> Apabila Pemegang Polis Badan Hukum Lampirkan fotokopi Akta Perubahan terakhir |

E. PERNYATAAN PEMEGANG POLIS

Saya sebagai Pemegang Polis menyatakan bahwa:

1. Saya telah membaca, mengerti, dan mengisi Formulir Pengajuan Perubahan Polis dengan lengkap dan benar.
2. Seluruh keterangan yang saya cantumkan dalam Pengajuan ini menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari Polis.
3. Seluruh salinan dokumen yang diberikan sehubungan dengan Pengajuan Perubahan Polis 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, nomor telepon/handphone, dan email yang telah diinformasikan dapat dipergunakan sebagai media komunikasi terkait Polis dan pengkinian data.
6. Segala risiko yang timbul yang diakibatkan karena penandatanganan pengajuan ini sepenuhnya menjadi tanggung jawab saya.
7. Saya mengerti bahwa PT Equity Life Indonesia tidak bertanggung jawab dalam hal:
 - Terdapat kesalahan saya dalam memberikan informasi pada pengajuan atau kesalahan Bank dalam melakukan proses transaksi namun tidak terbatas pada:
 - i. Tidak tepatnya pembayaran dana
 - ii. Keterlambatan penerimaan pembayaran dan, atau
 - iii. Pembayaran diterima oleh orang yang tidak berhak
8. PT Equity Life Indonesia dibebaskan dari segala tuntutan dari saya dan/atau Termaslahat (ahli waris) saya atau pihak manapun sehubungan dengan pengajuan tersebut di atas. Apabila terdapat tuntutan dari pihak manapun sehubungan dengan pengajuan transaksi di atas, maka saya akan bertanggung jawab penuh.
9. Pengajuan ini berlaku apabila telah disetujui PT Equity Life Indonesia selaku Penanggung.

Dengan ini saya menyatakan bahwa seluruh keterangan yang saya berikan pada dokumen pengajuan ini adalah benar.

| |
|---------------------------|
| Pemegang Polis* |
| |
| Nama Jelas & Tanda Tangan |

Tempat pengajuan: _____

Tanggal pengajuan (tanggal - bulan - tahun): - -

**Apabila Pemegang Polis adalah Badan Hukum, sertakan stempel perusahaan.*

Beri tanda (✓) pada kotak yang dipilih.

UNTUK KEPENTINGAN PERUSAHAAN

| |
|------------------------|
| Diperiksa oleh Admin |
| |
| Tanggal & Tanda Tangan |
| Nama: |

| |
|---------------------------|
| Mengetahui Branch Service |
| |
| Tanggal & Tanda Tangan |
| Nama: |

Catatan penting:
