CHUBB®

FORMULIR PENGAJUAN PERUBAHAN DATA POLIS

Diisi oleh kantor pusat

Tanggal ☐☐ ☐☐ ☐☐ *(tgl-bln-thn)*

Diterima oleh

Kantor

A. DATA PEMEGANG POLIS

1. **No. Polis** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **Kode Plan :**
2. **Nama Pemegang Polis**
3. **Tertanggung Utama**
4. **Telp.** ☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐ **HP:**

B. DATA PERUBAHAN POLIS

Saya setuju untuk mengajukan perubahan atas Polis di atas sebagai berikut:

Perubahan Alamat/ Email/ No telp.	☐	**Perubahan Frekuensi Bayar**	☐
Perubahan / Koreksi Nama / DOB Pemegang Polis	☐	**Perubahan Cara Bayar**	☐
Perubahan/ Koreksi Nama/ DOB Ahli Waris	☐	**Perubahan Data Rekening/Kartu Kredit**	☐
Perubahan No Kartu Identitas	☐	**Cetak Ulang (Reprint) Polis / Kartu Kesehatan**	☐
Cuti Premi (Premium Holiday)	☐	**Perubahan Metode Pengiriman Informasi**	☐
Perubahan Data Lainnya (Jelaskan pada kolom dibawah ini)	☐		

Data Sebelum Perubahan	Data Sesudah Perubahan

C. PERSAYARATAN DAN KETENTUAN

Persyaratan/Dokumen Umum yang harus diserahkan ke Kantor Pusat:

1. Formulir Perubahan Data Polis.
2. Fotokopi kartu identitas diri (ID) Pemegang Polis yang berlaku.

Ketentuan Umum:

1. Polis dalam keadaan Inforce
2. Formulir Perubahan Data Polis hanya berlaku untuk 1 (satu) nomor Polis dengan beberapa perubahan.
3. Pengajuan Perubahan Polis akan diproses apabila seluruh data dan kelengkapan dokumen pendukung telah dipenuhi, serta pemeriksaan kesehatan telah dilakukan (jika diperlukan).

D. PERNYATAAN PEMEGANG POLIS

Pemegang Polis menyatakan dan menyetujui bahwa:

1. Telah menandatangani, membaca, memahami, dan menyetujui seluruh persyaratan dan ketentuan yang tertera di formulir ini.
2. Semua keterangan yang diberikan di dalam formulir ini adalah benar.
3. Pada saat Formulir Perubahan Data Polis ini diterima dikantor pusat, maka segala ketentuan dan manfaat Polis akan disesuaikan dengan permintaan perubahan seperti tertera pada kolom B diatas, serta pengajuan perubahan tersebut telah disetujui kantor pusat.
4. Segala biaya pemeriksaan kesehatan (jika diperlukan) yang timbul menjadi tanggung jawab Pemegang Polis.
5. Perubahan Polis akan diberikan dan dicetak dalam bentuk Endosemen yang akan menjadi satu kesatuan dengan Polis.

Ditandatangani di .....

Tanda Tangan Pemegang Polis
(sesuai PPAJ atau Identitas)

Nama Jelas

☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ *(tgl-bln-thn)*

UNTUK KEPENTINGAN PERUSAHAAN

Mengetahui: Branch Admin	Mengetahui: Manager Kantor Cabang/Pimpinan Cabang	CATATAN :
Nama Jelas	Nama Jelas	