

FORMULIR PENGAJUAN PERUBAHAN POLIS SYARIAH / NON-SYARIAH
Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nomor Polis : _____

Nama Pemegang Polis : _____

Nama Tertanggung / Peserta Yang Diasuransikan : _____

Alamat Korespondensi : _____
_____ Kode Pos : _____

Nomor Telepon Rumah : _____ Nomor Telepon Kantor : _____

Handphone : _____ Nomor WhatsApp : _____

Alamat E-mail : _____ Nomor NPWP : _____

Tidak / Belum Memiliki NPWP* : _____

Perhatian!

- *Jika tidak / belum memiliki NPWP berikan alasannya.
- Alamat e-mail yang dicantumkan akan digunakan untuk semua bentuk korespondensi yang berkaitan dengan Polis Anda.

Dengan ini mengajukan salah satu permintaan di bawah ini (Pilih salah satu) :
 PERUBAHAN YANG DITUNJUK / AHLI WARIS

Perubahan *)	Nama Lengkap yang Ditunjuk / Ahli Waris	Tanggal Lahir (tgl / bulan / tahun)	Hubungan **)	Persentase (%)
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		

Perubahan *) :
 A = Tambah
 B = Hapus
 C = Perbaiki

Hubungan **) :
 1 = Suami / Istri
 2 = Anak
 3 = Orang Tua
 4 = Saudara Kandung
 5 = Kerja
 6 = Debitur / Kreditur
 7 = Lainnya, jelaskan

 PENGGANTIAN PEMEGANG POLIS

(Diisi apabila terjadi penggantian Pemegang Polis)

Nama Pemegang Polis Baru : _____

No. E-KTP / Paspor *) : _____

Tanggal Lahir (tgl / bulan / tahun) : ____ / ____ / _____

Hubungan Dengan Pemegang Polis Lama : _____

Alasan Penggantian : _____

Pemegang Polis Baru :

Tanda Tangan & Nama Lengkap

Catatan :

- *) Coret yang tidak perlu
- Jika Pemegang Polis mengambil Rider Payor / Spouse Waiver wajib mengisi Formulir Pernyataan Kesehatan

 PERUBAHAN DATA PEMEGANG POLIS / PESERTA YANG DIASURANSIKAN (TERTANGGUNG)*)

Diisi apabila Pemegang Polis / Peserta yang Diasuransikan (Tertanggung) adalah orang yang sama

Nama : _____

No. E-KTP / Paspor *) : _____

Tanggal Lahir (tgl / bulan / tahun) : ____ / ____ / _____

Catatan :

- *) Coret yang tidak perlu
- Perubahan nama dan tanggal lahir harus dibuktikan dengan Akte Kelahiran dan / atau Surat Ganti Nama

 PERUBAHAN CARA BAYAR

Periode Pembayaran Baru : Bulanan Tiga Bulanan Enam Bulanan Tahunan

PERUBAHAN JENIS PEKERJAAN (PERUBAHAN JENIS PEKERJAAN YANG LEBIH BERISIKO ATAU SEBALIKNYA)

Nama Perusahaan : _____
 Alamat : _____

 Kota : _____ Kode Pos : _____
 Jabatan : _____
 Masa Kerja (tgl / bulan / tahun) : ____ / ____ / ____ s.d. saat ini.
 Uraian Pekerjaan : _____
 Alasan Perubahan : _____

CETAK ULANG POLIS

Alasan: Hilang (Lampirkan Surat Keterangan Kehilangan dari Kepolisian)
 Rusak (Lampirkan Polis Asli)

PENGHAPUSAN RIDER

Nama Rider (Asuransi tambahan) : _____ UP / Santunan Asuransi : _____
 1. _____ Rp _____
 2. _____ Rp _____
 3. _____ Rp _____

PERUBAHAN METODE PEMBAYARAN / AUTO DEBIT

Menjadi: Transfer Debet Rekening Debet Kartu Kredit

Catatan :
 - Untuk cara bayar bulanan metode pembayaran wajib dengan mempergunakan Debet Rekening / Kartu Kredit
 - Jika metode pembayaran menggunakan Debet Rekening / Kartu Kredit wajib mengisi Surat Kuasa Khusus Autodebet

PERUBAHAN POLIS AUTOMATIC PREMIUM LOAN / APL (Catatan : Premi dan bunga tunggakan harus dilunasi)

PENGAJUAN / PENGHAPUSAN BANKER'S CLAUSE

Pengajuan *Banker's Clause* (Catatan : Lampirkan Surat Permohonan dari Bank dan *Loan Outstanding*)
 Penghapusan *Banker's Clause* (Catatan : Lampirkan Surat Pernyataan Pelunasan dari Bank)

LAIN - LAIN, JELASKAN :

Pernyataan:

- Dengan ini Saya mengajukan permohonan perubahan sesuai data - data pada Formulir Perubahan Polis ini dan menyatakan dengan sebenarnya bahwa data - data tersebut sesuai keadaan yang sesungguhnya. Formulir Pengajuan Perubahan ini dan data - data yang tercantum menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari Polis.
- Saya mengerti bahwa Penanggung / Pengelola berhak menolak pengajuan perubahan Polis dan Saya mengerti bahwa perubahan Polis akan berlaku apabila telah disetujui oleh Penanggung / Pengelola.
- Saya mengerti bahwa permohonan ini hanya dapat diproses apabila Saya telah melengkapi persyaratan yang diperlukan oleh Penanggung / Pengelola. Apabila persyaratan yang diperlukan tidak dilengkapi, maka permohonan ini dianggap batal terhitung 30 (tiga puluh) hari kalender sejak informasi kekurangan persyaratan dikeluarkan oleh PT Asuransi Simas Jiwa.
- Saya mengerti segala akibat yang timbul sehubungan dengan Formulir Pengajuan Perubahan Polis ini sepenuhnya menjadi tanggung jawab Saya dan dengan ini Saya membebaskan PT Asuransi Simas Jiwa dari segala macam tuntutan hukum atau gugatan dalam bentuk apapun yang mungkin timbul di kemudian hari.

Ditandatangani di _____, ____ / ____ / 20 ____

Pemegang Polis	Tertanggung / Peserta Yang Diasuransikan	Petugas Administrasi Simas Jiwa
Tanda Tangan & Nama Lengkap	Tanda Tangan & Nama Lengkap	Tanda Tangan & Nama Lengkap