FORMULIR PERUBAHAN POLIS

CIPUTRA LIFE
Build A Better Future

Perlu Diperhatikan :

- Formulir wajib diisi oleh Pemegang Polis dengan menggunakan huruf cetak dan berikan tanda (✓) pada kotak sesuai pilihan.
- Pastikan Formulir tidak ditandatangani dalam keadaan kosong dan pastikan semua pernyataan telah diisi dengan lengkap dan benar.
- Jika terjadi salah pengisian, harap dicoret dan ditandatangan di sebelah coretan.
- Untuk mempercepat proses pengajuan, harap menandatangani dan mengisi Formulir ini secara lengkap dan menyertakan seluruh dokumen.

Dokumen utama yang harus dilampirkan, adalah sebagai berikut :

a. Formulir Perubahan Polis ini;
b. Fotocopy Identitas KTP yang masih berlaku (KTP/SIM/PASPOR);
c. Dokumen tambahan lainnya (jika diperlukan), sesuai dengan kebutuhan atas setiap data yang akan di ubah.

DATA POLIS

Nomor Polis _____

Nama Pemegang Polis _____

Nama Tertanggung _____

JENIS PERUBAHAN

1. Perubahan Data Kontak / Penambahan

Data ☐ Ditambah ☐ Diubah , sesuai data alamat di bawah ini :

Alamat Koresponden _____

_____

_____

Kota _____ Kode Pos _____

Nomor Telepon _____ Handphone _____

Email _____

Saya setuju data korespondensi diubah sesuai yang tersebut diatas ☐ Ya ☐ Tidak

2. Perubahan Data Pribadi*)

Perubahan akan dilakukan untuk:

☐ Pemegang Polis ☐ Tertanggung

Nama Lengkap : _____

Nomor KTP / Passport : _____

Tanggal Lahir : _____

Alasan Perubahan : _____

Melampirkan fotocopy KTP, Akte Kelahiran dan/atau penetapan ganti nama dari badan hukum yang berwenang

*)*Perubahan Data Pribadi hanya bersifat koreksi atas data sebelumnya.*

3. Perubahan Nama Penerima Manfaat :

Sehingga secara keseluruhan adalah sebagai berikut :

Nama Lengkap Penerima Manfaat	Hubungan dengan Tertanggung (Peserta yang diasuransikan)	Nomor Identitas	Presentase	Tanggal Lahir	Jenis Kelamin (L/P)

Melampirkan fotocopy Akte Nikah / Kartu Keluarga

Mohon diisi nilai Persentase untuk masing-masing Penerima Manfaat (dengan total 100% untuk semua Penerima Manfaat), jika tidak diisi, maka nilai persentase akan dibagi rata untuk masing-masing Penerima Manfaat yang Ditunjuk

4. Perubahan Cara Pembayaran Premi **)

Cara Pembayaran Premi diubah menjadi :

☐ Tahunan ☐ Bulanan

Metode Pembayaran Premi diubah menjadi :

☐ Virtual Account ☐ Debet Rekening ☐ Debet Kartu Kredit

Nomor Tabungan Lama/ Kartu Kredit (Lama) : Exp :

Nomor Tabungan Lama/ Kartu Kredit (Baru) : Exp :

***)hanya berlaku untuk produk Asuransi tertentu dengan melampirkan Surat Kuasa Debet Rekening dan Fotokopi Cover Buku Tabungan atau Kartu Kredit*

5. Perubahan Plan / Uang Pertanggungan ***)

Plan /Uang Pertanggungan (Lama) :

Plan /Uang Pertanggungan (Baru) :

****) hanya berlaku untuk produk Asuransi tertentu dengan melampirkan Formulir Pernyataan Kesehatan dan atau dokumen pendukung lainnya*

6. Pengajuan Duplikat Polis (Hardcopy)

Alasan Pengajuan :

☐ Hilang ☐ Lain-Lain (mohon dijelaskan) _____

Melampirkan Bukti setoran biaya duplikat Polis

7. Perubahan Lainnya.

Jika ada perubahan lain yang tidak disebutkan diatas, mohon disampaikan

_____

_____

_____

_____

FORMULIR PERUBAHAN POLIS

CIPUTRA LIFE
Build A Better Future

CATATAN PENTING

- Perubahan Cara Pembayaran Premi dan Perubahan Plan / Uang Pertanggungan
  - maksimal dapat diajukan 1 (satu) bulan sebelum ulang tahun Polis dan akan berlaku pada ulang tahun Polis berikutnya.
- Pengajuan Duplikat Polis
  - Biaya Duplikat Polis Rp 50.000,- per Polis.
  - Biaya Duplikat Polis dibayarkan melalui transfer ke rekening PT Asuransi Ciputra Indonesia
    Bank BCA : 664-052-3288

Pernyataan *(Harap dibaca dengan teliti sebelum menandatangani formulir ini)*

Dengan ini Saya menyatakan dan menyetujui bahwa:

a. Seluruh jawaban/informasi/keterangan telah dibaca, diketahui, dan dipahami sebelum menandatangani Formulir Perubahan Polis ini.
b. Saya memahami pengajuan ini hanya dapat diproses apabila Saya telah melengkapi persyaratan yang ditentukan oleh PT Asuransi Ciputra Indonesia (CIPUTRA LIFE)
c. Tanggal Formulir Perubahan Polis ditandatangani oleh Saya sampai dengan Formulir tersebut diterima oleh CIPUTRA LIFE selaku Penanggung tidak lebih dari 30 (tiga puluh) hari kalender.
d. Apabila terdapat perubahan Pemegang Polis maka Saya mengerti dan menyetujui bahwa seluruh hak dan kewajiban atas Polis akan beralih kepada Pemegang Polis yang baru sejak tanggal disetujuinya perubahan oleh CIPUTRA LIFE.
e. Segala akibat yang timbul sehubungan dengan Perubahan Polis menjadi tanggung jawab Saya sepenuhnya dan dengan ini membebaskan CIPUTRA LIFE dari segala macam tuntutan dan gugatan dalam bentuk apapun dan pihak manapun termasuk dari Saya.

Dibuat dan ditanda tangani di: _____ Tanggal: _____

Tanda Tangan & Nama Pemegang Polis

Diisi oleh Petugas

Nama Petugas	Nomor Tiket	Tanggal		Paraf	
		Petugas	Atasan	Petugas	Atasan