

FORMULIR PERUBAHAN NON FINANSIAL

Jangan menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong

Mohon mengisi dengan lengkap dengan menggunakan tinta hitam, huruf cetak, jelas dan memberikan tanda X pada kotak jawaban yang sesuai

PRODUK ASURANSI : Mandiri Inhealth Critical Protection Mandiri Inhealth Life Protection
 Mandiri Inhealth Accident Protection Mandiri Inhealth Hospital Cash Plan

Yang bertandatangan di bawah ini

Nama Pemegang Polis :

Nama Tertanggung :

Nomor Polis :

Alamat saat ini :

Nomor : RT/RW /

Kota : Kode Pos

Nomor Telepon : Rumah : - Kantor : -

HP :

Email :

Dengan ini mengajukan permohonan perubahan Polis sebagai berikut: (pilih dan beri tanda X)

Ejaan Nama Tertanggung* Penerima Manfaat ** Alamat Rumah/Kantor Lain-lain, sebutkan: _____

Nama Pemegang Polis* Nomor Rekening/Kartu Kredit*** Alamat Korespondensi _____

* Wajib melampirkan copy identitas diri (KTP/SIM/Paspor/KITAS)

** Perubahan Penerima Manfaat, wajib menuliskan alasan perubahan Penerima Manfaat pada kolom keterangan perubahan

*** Harap mengisi surat kuasa pendebitan rekening atau kartu kredit

Keterangan Perubahan :

Susunan Penerima Manfaat setelah Perubahan :

Nama Penerima Manfaat	Hubungan	Tanggal Lahir	Jenis Kelamin	Persentase

* Bila persentase (%) tidak diisi, maka bagian dari masing-masing Penerima Manfaat dianggap sama

Dengan ini saya menyatakan bahwa

1. Permohonan Perubahan Non Finansial yang saya ajukan akan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari Polis. Saya setuju bahwa setiap perubahan sesuai dengan yang tercantum dalam permohonan perubahan ini atau catatan tambahan yang akan dilakukan oleh PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia.
2. Sehubungan dengan perubahan Polis yang saya ajukan, saya juga memberi kuasa PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia untuk mengubah Polis sesuai dengan Ketentuan yang berlaku.
3. Perubahan yang saya ajukan berlaku jika permohonan ini diterima dan disetujui oleh PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia.
4. Bahwa seluruh jawaban/ informasi/ keterangan telah dibaca dan diperiksa kembali kebenarannya sebelum menandatangani Formulir Perubahan Non Finansial ini, sehingga saya bertanggung jawab atas segala isinya. Apabila terdapat keterangan yang tidak benar, maka saya akan tunduk kepada Ketentuan Polis ini serta saya memahami bahwa jawaban dan keterangan tersebut di atas menjadi pertanggungjawaban dan tidak terpisahkan dari Polis.

Ditandatangani di :

Pemegang Polis

Tanggal : - -

Mengetahui Pemegang Polis Baru
(Jika ada perubahan Pemegang Polis)

(Tanda tangan dan Nama)

(Tanda tangan dan Nama)

Mengetahui
Nama Tenaga Penjual :

Kode Tenaga Penjual :

Tanda Tangan Tenaga Penjual :

Wajib melampirkan dokumen pendukung atas pengajuan perubahan polis yang dimaksud

Data yang tertera di dalam formulir pengajuan ini merupakan milik PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia, seluruh Pegawai dan Tenaga Penjual diwajibkan menjaga keamanan data dan tidak dibenarkan untuk melakukan publikasi maupun penyebaran data diluar sepengetahuan dan perizinan dari PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia. Jika formulir ini diketahui tercecer maupun tidak tersimpan dalam kondisi aman, mohon untuk dapat memberitahukan ke PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia, melalui E-mail: pos_admin@mandiriinhealth.co.id