

- Isi/lengkapi/coret apabila perlu.
 - Beri tanda dalam kotak pertanyaan pilihan.
 - Jika pengisian salah, harap dicoret dan ditandatangani
 (jangan menggunakan tip ex).
 - Jangan menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong

FORMULIR PENGAJUAN PERUBAHAN POLIS

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama Pemegang Polis :

Nomor Polis :

Nama Tertanggung :

Alamat :

Kode Pos

Telepon Rumah (termasuk kode area) : -

Telepon Kantor (termasuk kode area) : -

Telepon Selular : -

Alamat Email :

Dengan ini mengajukan permohonan Perubahan Polis sebagai berikut :

NON FINANSIAL	FINANSIAL
<input type="checkbox"/> Ejaan Nama Tertanggung	<input type="checkbox"/> Uang Pertanggungan
<input type="checkbox"/> Nama Pemegang Polis*	<input type="checkbox"/> Asuransi Tambahan (Rider)
<input type="checkbox"/> Termaslahat (ganti, hapus, tambah)	<input type="checkbox"/> Tanggal Lahir
<input type="checkbox"/> Pekerjaan	<input type="checkbox"/> Frekuensi Pembayaran Premi (Bulan/Triwulan/Semester/Tahunan)
<input type="checkbox"/> Cara Pembayaran (transfer/debet rekening/debet kartu kredit)	<input type="checkbox"/> Masa Pembayaran Premi
<input type="checkbox"/> Alamat	<input type="checkbox"/> Lainnya _____
<input type="checkbox"/> Lainnya _____	

*Bila nama Pemegang Polis berbeda dengan nama Tertanggung, maka Tertanggung wajib diisi pada kolom keterangan perubahan

Keterangan Perubahan :

Susunan Termaslahat setelah perubahan :

No.	Nama Termaslahat	Hubungan dengan Tertanggung	Tanggal Lahir	Jenis Kelamin	*Persentase (%)
				<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> W	
				<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> W	
				<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> W	
				<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> W	

* Bila persentase tidak di isi, maka bagian dari masing-masing Termaslahat dianggap sama

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Permohonan perubahan yang saya ajukan akan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari Polis. Saya menyetujui setiap perubahan sesuai dengan yang tercantum dalam permohonan perubahan atau catatan tambahan yang dilakukan oleh Perusahaan. Sehubungan dengan perubahan Polis yang saya ajukan, saya juga memberi kuasa kepada PT MNC LIFE ASSURANCE untuk merubah Polis sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
2. Perubahan yang saya ajukan berlaku jika permohonan ini diterima dan disetujui oleh PT MNC LIFE ASSURANCE dan kewajiban pembayaran premi telah saya bayar lunas (jika ada).
3. Data-data yang tercantum pada permohonan perubahan adalah benar data saya dan saya memberi wewenang kepada MNC Life untuk melakukan pengkinian data pada Polis saya (Data Alamat/Telepon/HP/Email) dan data yang lainnya apabila terdapat perubahan data diluar form pengajuan perubahan polis.

Ditandatangani di tgl-bln-thn - -

PEMEGANG POLIS

(Tandatangan & Nama Jelas)

**Mengetahui
PEMEGANG POLIS BARU**

(Tandatangan & Nama Jelas)

Ditandatangani jika ada perubahan Pemegang Polis