

FORMULIR PERUBAHAN ALAMAT POLIS ASURANSI

Perlu diperhatikan:

- Formulir Perubahan Alamat Polis Asuransi ini dipergunakan untuk perubahan alamat rumah/kantor, nomor telepon rumah/kantor, ponsel dan email.
- Formulir Perubahan Alamat Polis Asuransi ini wajib diisi oleh Pemegang Polis dengan tinta hitam, huruf cetak, jelas dan memberi tanda (√) pada kotak sesuai pilihan.
- Memastikan Formulir Perubahan Alamat Polis Asuransi ini telah diisi dengan lengkap, benar dan jelas sebelum ditandatangani.
- Wajib menandatangani setiap koreksi penulisan (jika ada).
- Untuk proses pengajuan Perubahan Alamat Polis Asuransi, mohon Pemegang Polis melengkapi seluruh persyaratan dokumen dan menyerahkan ke Kantor Pusat PT Asuransi Jiwa BCA ("Penanggung").
 Dokumen utama, sebagai berikut:
 - Formulir Perubahan Alamat Polis Asuransi asli yang telah diisi lengkap dan jelas;
 - Fotokopi identitas Diri yaitu KTP untuk WNI, Paspor & KITAS/KITAP untuk WNA.

DATA POLIS ASURANSI

Nama Lengkap Pemegang Polis:
 (Sesuai Identitas Diri yang dilampirkan)

Nomor Polis Asuransi:	<input type="text"/>	Nomor Polis Asuransi:	<input type="text"/>
Nomor Polis Asuransi:	<input type="text"/>	Nomor Polis Asuransi:	<input type="text"/>
Nomor Polis Asuransi:	<input type="text"/>	Nomor Polis Asuransi:	<input type="text"/>
Nomor Polis Asuransi:	<input type="text"/>	Nomor Polis Asuransi:	<input type="text"/>
Nomor Polis Asuransi:	<input type="text"/>	Nomor Polis Asuransi:	<input type="text"/>

Saya/Kami yang bertanda tangan di bawah ini, setuju dan bermaksud untuk mengajukan Perubahan Alamat Polis Asuransi di atas menjadi:

Alamat Kantor

Nama Perusahaan:

Alamat Perusahaan:

Kota: Kode Pos:

Nomor Telepon Kantor: Nomor Faksimili:

Alamat Tempat Tinggal

Alamat:

Nomor rumah, RT, RW, Kelurahan, Kecamatan:

Kota: Kode Pos:

Nomor Telepon Rumah: Nomor Faksimili:

Nomor Ponsel 1: Nomor Ponsel 2:

Alamat email:

Alamat surat menyurat yang baru ditujukan: Alamat tempat tinggal Alamat kantor

Selanjutnya surat harap dikirimkan melalui: Kurir /POS Surat elektronik (email)

KETENTUAN PERUBAHAN ALAMAT POLIS ASURANSI

Saya Pemegang Polis memahami dan sudah mempertimbangkan risiko yang akan terjadi akibat Perubahan Alamat Polis Asuransi serta menyetujui dan bersedia mentaati ketentuan yang berlaku, sebagai berikut:

1. Polis Asuransi dalam status aktif (*Inforce*).
2. Tanda tangan Pemegang Polis harus sama dengan spesimen tanda tangan yang terdapat pada Surat Pengajuan Asuransi Jiwa atau Formulir Perubahan Tanda Tangan (jika pernah mengajukan perubahan tanda tangan) yang terakhir diajukan dan telah disetujui untuk diproses oleh Penanggung.
3. Sejak tanggal formulir ini ditandatangani sampai dengan diterima oleh Penanggung tidak lebih dari 30 (tiga puluh) Hari Kalender. Apabila tanggal penandatanganan formulir ini lebih dari 30 (tiga puluh) Hari Kalender, maka pengajuan Perubahan Alamat Polis Asuransi tidak dapat diproses dan Pemegang Polis dapat mengajukan ulang Formulir Perubahan Alamat Polis Asuransi baru beserta kelengkapan dokumen pendukung lainnya.
4. Apabila dokumen pengajuan Perubahan Alamat Polis Asuransi diterima tidak lengkap dan/atau tidak benar, maka pengajuan Perubahan Alamat Polis Asuransi akan ditunda. Pengajuan akan diproses kembali setelah kelengkapan dokumen terakhir diterima oleh Penanggung. Jika dalam 30 (tiga puluh) Hari Kalender kelengkapan dokumen belum diterima oleh Penanggung, maka Pemegang Polis dianggap membatalkan pengajuan Perubahan Alamat Polis Asuransi ini.
5. Saya menyetujui bahwa apabila terdapat keterangan, pernyataan atau pemberitahuan yang disampaikan keliru dan/atau tidak benar, maka Penanggung berhak membatalkan pengajuan Perubahan Alamat Polis Asuransi sesuai dengan ketentuan yang terdapat dalam Polis Asuransi.
6. Sejak tanggal Perubahan Alamat Polis Asuransi disetujui oleh Penanggung, maka alamat yang berlaku selanjutnya adalah yang tertera pada formulir ini. Dengan demikian, Penanggung dibebaskan dari segala tanggung jawab, kerugian, sanksi, maupun tuntutan hukum dalam bentuk apapun dan dari manapun dikemudian hari.

Ditandatangani di:

Tanggal: / / (dd/mm/yyyy)

()

Nama Lengkap & Tanda Tangan
Pemegang Polis

Tenaga Penjual*

*Khusus untuk Produk Non DMTM dan /atau Non Group

Nama Tenaga Penjual:

Kode Tenaga Penjual:

Nama Cabang:

Kode Cabang:

Nomor Telepon:

Nomor Ponsel:

Alamat email: