

FORMULIR PERUBAHAN MINOR POLIS ASURANSI

Perlu diperhatikan:

1. Formulir Perubahan Minor Polis Asuransi ini wajib diisi oleh Pemegang Polis dengan tinta hitam, huruf cetak, jelas dan memberi tanda (✓) pada kotak sesuai pilihan.
2. Memastikan Formulir Perubahan Minor Polis Asuransi ini telah diisi dengan lengkap, benar dan jelas sebelum ditandatangani.
3. Wajib menandatangani setiap koreksi penulisan (jika ada).
4. Untuk proses pengajuan Perubahan Minor Polis Asuransi, mohon Pemegang Polis melengkapi seluruh persyaratan dokumen dan menyerahkan ke Kantor Pusat PT Asuransi Jiwa BCA ("Penanggung").
Dokumen Utama, sebagai berikut:
 - a. Formulir Perubahan Minor Polis Asuransi asli yang telah diisi lengkap dan jelas;
 - b. Fotokopi Identitas Diri yaitu KTP untuk WNI, Paspor & KITAS/KITAP untuk WNA;
 - c. Dokumen pendukung lainnya (jika diperlukan).*Untuk dokumen tambahan yang diperlukan tercantum pada masing-masing pengajuan Perubahan Minor Polis Asuransi dibawah ini.

DATA POLIS ASURANSI

Nomor Polis Asuransi:

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

Saya/Kami yang bertanda tangan di bawah ini, setuju untuk mengajukan Perubahan Minor atas Polis Asuransi Saya/Kami di atas sebagai berikut:

1. Metode Pembayaran Premi menjadi: Auto debit Rekening* Auto debit Kartu Kredit**
Dokumen tambahan: *Fotokopi buku tabungan **Fotokopi Kartu Kredit
*Surat Kuasa Pendebitan Rekening **Surat Kuasa Pendebitan Kartu Kredit

2. Koreksi Nama atas*: Pemegang Polis Tertanggung Penerima Manfaat
Dokumen tambahan: *Fotokopi akte lahir
Nama Baru:

3. Perubahan Nama atas*: Pemegang Polis Tertanggung Penerima Manfaat
Dokumen tambahan: *Akte penetapan ganti nama yang dikeluarkan oleh pengadilan
Nama Baru:

4. Perubahan Data*: Pemegang Polis Tertanggung
Dokumen tambahan: *Fotokopi kartu keluarga
(Pilih sesuai dengan jenis perubahan yang diinginkan)
- Nomor Identitas Diri menjadi:
- Jenis Kelamin menjadi: Laki-laki Perempuan
- Status Perkawinan menjadi: Menikah Belum Menikah Janda/Duda
- Kewarganegaraan menjadi: WNI WNA, sebutkan
- (Jika jawaban "WNA" mohon melampirkan fotokopi Paspor & KITAS/KITAP serta melengkapi kuesioner WNA)

5. Perubahan Penerima Manfaat*:

No.	Nama Lengkap	L/P	Kelahiran			Hubungan dengan Tertanggung
			Tgl	Bln	Thn	
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

Dokumen tambahan: *Fotokopi (kartu keluarga /akte lahir /akte nikah).

KETENTUAN PERUBAHAN MINOR POLIS ASURANSI

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

- Polis Asuransi dalam status aktif (*Inforce*).
- 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;
- 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 Minor Polis Asuransi tidak dapat diproses dan Pemegang Polis dapat mengajukan ulang Formulir Perubahan Minor Polis Asuransi baru beserta kelengkapan dokumen pendukung lainnya.
- Apabila dokumen pengajuan Perubahan Minor Polis Asuransi diterima tidak lengkap dan/atau tidak benar, maka pengajuan Perubahan Minor 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 Minor Polis Asuransi ini.
- Penanggung dari waktu ke waktu dapat menggunakan informasi pribadi termasuk namun tidak terbatas (pada nama, alamat surat menyurat, nomor telepon rumah, nomor ponsel dan lainnya) yang Saya berikan dalam Formulir Perubahan Minor Polis Asuransi ini. Termasuk memberikannya pada pihak ketiga sepanjang dianggap perlu oleh Penanggung dalam rangka memberikan pelayanan Polis Asuransi sehubungan dengan pertanggungans asuransi Saya, berdasarkan Polis Asuransi dengan tunduk pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- Sejak tanggal pengajuan Perubahan Minor Polis Asuransi disetujui oleh Penanggung, maka 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: