

KETENTUAN PERUBAHAN TANDA TANGAN POLIS ASURANSI

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

1. Polis Asuransi dalam status aktif (*Inforce*).
2. Perubahan Tanda tangan Polis Asuransi hanya dapat diproses bila Formulir Perubahan Tanda Tangan Polis Asuransi asli dan /atau dokumen lainnya yang dipersyaratkan telah diisi secara benar dan lengkap.
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 Tanda Tangan Polis Asuransi tidak dapat diproses dan Pemegang Polis dapat mengajukan ulang Formulir Perubahan Tanda Tangan Polis Asuransi baru beserta kelengkapan dokumen pendukung lainnya.
4. Apabila dokumen pengajuan Perubahan Tanda Tangan Polis Asuransi diterima tidak lengkap dan/atau tidak benar, maka pengajuan Perubahan Tanda Tangan 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 Tanda Tangan 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 Tanda Tangan sesuai dengan ketentuan yang terdapat dalam Polis Asuransi.
6. Sejak tanggal Perubahan Tanda Tangan Polis Asuransi disetujui oleh Penanggung, maka spesimen tanda tangan Pemegang Polis 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:	<input type="text"/>	Kode Tenaga Penjual:	<input type="text"/>
Nama Cabang:	<input type="text"/>	Kode Cabang:	<input type="text"/>
Nomor Telepon:	<input type="text"/>	Nomor Ponsel:	<input type="text"/>
Alamat email:	<input type="text"/>		