

FORMULIR PERUBAHAN TANDA TANGAN **POLIS ASURANSI**

Perlu diperhatikan:

- 1. Formulir Perubahan Tanda Tangan Polis Asuransi ini wajib diisi oleh Pemegang Polis dengan tinta hitam, huruf cetak, jelas dan memberi tanda (√) pada kotak sesuai pilihan.
- Memastikan Formulir Perubahan Tanda Tangan Polis Asuransi ini telah diisi dengan lengkap, benar dan jelas sebelum ditandatangani.

- Wajib menandatangani setiap koreksi penulisan (jika ada).
 Untuk proses pengajuan Perubahan Tanda Tangan 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 Tanda Tangan Polis Asuransi asli yang telah diisi lengkap dan jelas;

 b. Fotokopi Identitas Diri yaitu KTP untuk WNI, Paspor & KITAS/KITAP untuk WNA.

DATA POLIS ASURANSI														
Nama Lengkap Pemegang Polis: (Sesuai Identitas Diri yang dilampirkan)														
Saya/Kami yang bertanda tangan di bawah ini, setuju dan bermaksud untuk mengajukan Perubahan Tanda Tangan Polis Asuransi berikut dengan alasan:														
Nomor Polis Asuransi:				1	Nomor Po	olis Asurans	á:							
Nomor Polis Asuransi:				1	Nomor Pe	olis Asurans	i:							
Nomor Polis Asuransi:				1	Nomor Po	olis Asurans	i:							
Nomor Polis Asuransi:				1	Nomor Po	olis Asurans	i:							
Nomor Polis Asuransi:				1	Nomor Po	olis Asurans	i:							
Spesimen tanda tangan di bawah ini selanjutnya akan berlaku untuk seluruh transaksi Polis Asuransi di atas.														
Kolom Spesimen Tanda Tangan Lama								Kolom Spesimen Tanda Tangan Baru						
		,						,						
Tanda tangan baru, sesuai dengan kartu Identitas Diri yang terlampir yaitu:														
Jenis kartu Identitas Diri:		KTP (untuk WNI)		Paspor & KITAS/KITAP untuk WNA										
Nomor kartu Identitas Diri:														



PT Asuransi Jiwa BCA



Chase Plaza Lantai 22 | Jl. Jend. Sudirman Kav 21, Jakarta 12920 Telepon: (021) 21 888 000 | Faks: (021) 2934 7977 | Email: customer@bcalife.co.id

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 Asuránsi hanya dapat diproses bila Formulir Perubahan Tanda Tangan Polis Asuransi asli dan/atau dokumen lainnya yang dipersyaratkan telah diisi secara benar dan lengkap.
- \$. 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.
- 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.
- 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.
- 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:	1		1	(d	ld/mm/yyyy)
(Nama Lengkap & Tai Pemegang P) nda Tangan olis						
Tenaga Penjual*	on DAATAA dan /otau blan Chaun						
"Knusus untuk Produk No	on DMTM dan/atau Non Group						
Nama Tenaga Penjual:			Kode Ten	aga Pen	jual:		
Nama Cabang:			Ko	de Caba	ang:		
Nomor Telepon:			No	mor Por	isel:		
Alamat email:							