

Saya yang bertandatangan di bawah ini adalah Pemegang Polis dengan data sebagai berikut :

Nama Pemegang Polis :	<input type="text"/>	Tanggal Pengajuan :	<input type="text"/> Tanggal - <input type="text"/> Bulan - <input type="text"/> Tahun
Nama Tertanggung :	<input type="text"/>	Nama Agen :	<input type="text"/>
Nomor Polis :	<input type="text"/>	Nomor Agen :	<input type="text"/>

Dengan ini saya mohon kepada PT HEKSA SOLUTION INSURANCE untuk melakukan transaksi berikut :
WAJIB DIISI DAN DILENGKAPI DENGAN MEMBERIKAN TANDA ✓ PADA KOTAK YANG TERSEDIA

PERUBAHAN ALAMAT KORESPONDENSI

Alamat : Jalan :
 RT/RW : Kelurahan : Kecamatan :
 Kota : Provinsi : Kode Pos :
 Informasi Kontak : HP : Rumah : Kantor :
 Email :

PERUBAHAN YANG DITUNJUK (PENERIMA MANFAAT)

Nama Lengkap	Tanggal Lahir	Pria/Wanita	Hubungan dengan Tertanggung *	Persentase **
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
			Total	100 %

* Keterangan hubungan dengan tertanggung utama :

1 = Suami/Istri 2 = Anak 3 = Orang Tua 4 = Saudara Kandung 5 = Lainnya, Jelaskan

** Persentase besarnya manfaat WAJIB DI ISI secara lengkap dan benar dengan total 100% jika persentase tidak diisi, maka akan dibagi rata persentase ke semua Yang Ditunjuk.

PERUBAHAN PEMEGANG POLIS

Nama Pemegang Polis Baru :
 Alamat Korespondensi : Jalan :
 RT/RW : Kelurahan : Kecamatan :
 Kota : Provinsi : Kode Pos :
 Informasi Kontak : HP : Rumah : Kantor :
 Email :
 Tempat/Tanggal Lahir :
 No.KTP/SIM/Paspor :
 Kewarganegaraan :
 Hubungan dengan Pemegang Polis Lama : Suami/Istri Anak Orang Tua Saudara Kandung Lainnya, Jelaskan
 Alasan Pergantian Pemegang Polis :

Catatan : Jika pemegang polis lama telah meninggal dunia, maka wajib melampirkan Fotocopy Akte Kematian.

PERUBAHAN METODE PEMBAYARAN PREMI *

Metode pembayaran premi sebelumnya : Debet Rekening Kartu Kredit Transfer
 Perubahan pembayaran premi selanjutnya : Debet Rekening Kartu Kredit Transfer

*) Untuk metode pembayaran Debet Rekening atau Kartu Kredit Wajib mengisi Form Surat Kuasa Debet Rekening atau Surat Kuasa Debet Kartu Kredit

PERUBAHAN PERIODE PEMBAYARAN PREMI

Periode pembayaran premi baru* : Tahunan Enam Bulanan Tiga Bulanan Bulanan

*) Untuk perubahan periode dari skala kecil ke skala besar, maka kekurangan premi wajib dibayarkan terlebih dahulu oleh Pemegang Polis.

*) Untuk perubahan periode dari skala besar ke skala kecil, maka tidak ada kekurangan premi dan pengajuan diajukan saat ulang bulan penagihan premi periode lama.

Sekala paling besar = Tahunan, Sekala paling kecil = Bulanan

PERUBAHAN DATA PEMEGANG POLIS / TERTANGGUNG / PENERIMA MANFAAT

Jenis perubahan : Koreksi Nama Ganti Nama Tanggal lahir
 Perubahan atas : Pemegang Polis Tertanggung Penerima Manfaat
 Nama baru :
 Tanggal lahir baru : Tanggal Bulan Tahun

Alasan pergantian nama dan tanggal lahir :

Catatan:

- Perubahan ganti nama dibuktikan dengan Akte Ganti Nama yang ditetapkan oleh Pengadilan Negeri.

- Perubahan Tanggal lahir harus dibuktikan dengan Akte Kelahiran.

FASILITAS CUTI PREMI (PREMIUM HOLIDAY)

Jenis fasilitas cuti premi : Aktifasi* Non Aktifasi**

* Pendebetan Polis Anda akan dihentikan oleh PT HEKSA SOLUTION INSURANCE dan polis dinyatakan tetap berlaku sepanjang Nilai Polis cukup untuk membayar Biaya Asuransi

Pastikan mengisi perubahan metode pembayaran premi menjadi transfer jika metode pembayaran sebelumnya Debet Rekening atau Kartu Kredit.

** Pendebetan premi berikutnya akan ditagih otomatis oleh PT HEKSA SOLUTION INSURANCE berdasarkan metode dan periode pembayaran premi terakhir yang dipilih Anda.

CETAK ULANG POLIS / KARTU / SURAT

Jenis cetak ulang : Polis Kartu Surat

Alasan cetak ulang :

Untuk cetak ulang polis jika kondisinya rusak maka wajib melampirkan polis asli dan jika hilang maka wajib melampirkan Surat Keterangan Kehilangan dari Kepolisian.

Untuk cetak ulang polis dan cetak ulang kartu akan dikenakan biaya administrasi Rp 100.000,-

PERNYATAAN DAN KUASA

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa :

- Dengan ini saya mengajukan permohonan perubahan sesuai data-data pada Formulir perubahan polis ini. Saya menyatakan dengan sebenarnya bahwa data-data tersebut sesuai Dengan keadaan yang sebenarnya. Formulir perubahan polis ini dan data-data yang tercantum menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari polis.
- Saya mengerti bahwa Penanggung berhak menolak pengajuan perubahan polis dan saya mengerti bahwa perubahan hanya berlaku apabila telah disetujui oleh PT HEKSA SOLUTION INSURANCE.
- Saya setuju bahwa permohonan ini hanya dapat diproses apabila saya telah melengkapi persyaratan yang diperlukan.
- Saya setuju, semua bentuk pemberitahuan dan surat menyurat dikirim melalui email sesuai data yang tercatat di PT HEKSA SOLUTION INSURANCE
- Penanggung/Pengelola dibebaskan dari segala tuntutan dan atau gugatan yang mungkin timbul dari pihak manapun termasuk Saya/Kami sehubungan dengan pengajuan transaksi tersebut di atas.

Ditandatangani di : , Tanggal Bulan Tahun

Tanda Tangan Pemegang Polis

Tanda Tangan Agen

Nama Lengkap

Agen

Kolom catatan ini diisi oleh PT HEKSA SOLUTION INSURANCE

Catatan :	Diproses oleh :	Diperiksa oleh :
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Paraf>Nama/Tanggal	Paraf>Nama/Tanggal