

## FORMULIR PERUBAHAN POLIS NON FINANCIAL Non Financial Policy Change Form

Jangan menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong / *Do not sign this form in the empty state*  
Mohon mengisi dengan lengkap dengan menggunakan tinta hitam, huruf cetak, jelas dan memberikan tanda X pada kotak jawaban yang sesuai /  
*Please fill out completely by using black ink, capital letters, clear and an "X" in the appropriate answer box*

Yang bertandatangan di bawah ini / *The undersigned:*

Nama Pemegang Polis :

*Policy Holder Name*

Nama Tertanggung :

*The Insured Name*

Nomor Polis :

*Policy Number*

Alamat Saat ini :

*Current Address*

No.  RT/RW  /

Kota / City  Kode Pos / Postal Code:

Nomor Telepon : Rumah /  -  Kantor /  -

*Phone Number* *Resident* *Office*

HP

Email :

Dengan ini mengajukan permohonan perubahan Polis sebagai berikut: (pilih dan beri tanda X)

*Hereby applying this policy change as follows: (Choose and mark "X")*

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Ejaan Nama Tertanggung  Ahli Waris \*\*  Alamat Rumah/Kantor  Lain-lain, sebutkan: .....

*Insured Spelling* *The Beneficiary* *Resident/Office Address* *Other, please mention*

Nama Pemegang Polis \*  Nomor Rekening/Kartu Kredit \*\*\*  Alamat Korespondensi

*Policy Holder Name* *Account/Credit Card Number* *Correspondence address*

\* Bila nama Pemegang Polis berbeda dengan nama Tertanggung, maka hubungan dengan Tertanggung wajib diisi pada kolom keterangan perubahan  
*If the policyholder's name is different with the insured name, then the relationship with the insured shall be filled in the statements changes column*

\*\* Perubahan Ahli waris, wajib menuliskan alasan perubahan ahli waris pada kolom keterangan perubahan  
*The beneficiary Change, shall describe the reason in the statements changes column*

\*\*\* Harap mengisi surat kuasa pendebitan rekening atau kartu kredit  
*Please fill authorization letter for debit or credit card account*

Keterangan Perubahan / *Change Description:*

Susunan Ahli Waris setelah Perubahan / *Beneficiary Composition after changes*

Nama Ahli Waris / <i>Beneficiary</i>	Hubungan / <i>Relationship</i>	Tanggal Lahir / <i>Date of Birth</i>	Jenis Kelamin / <i>Sex</i>	Persentase / <i>Percentage</i>

\* Bila persentase (%) tidak diisi, maka bagian dari masing-masing ahli waris dianggap sama  
*If the percentage (%) is blank, then the portion of each beneficiary is considered equal*

Dengan ini saya menyatakan bahwa / *Hereby stated that:*

- Permohonan Perubahan Polis Non Financial yang saya ajukan akan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari Polis. Saya setuju bahwa setiap perubahan sesuai dengan yang tercantum dalam permohonan perubahan ini atau catatan tambahan yang akan dilakukan oleh PT BNI Life Insurance.  
*Application of Financial policy changes that I propose would be an integral part of the policy. I agree that any change in accordance with those contained in the application of these changes or additional notes that will be conducted by PT BNI Life Insurance.*
- Sehubungan dengan perubahan Polis yang saya ajukan, saya juga memberi kuasa kepada PT BNI Life Insurance untuk merubah Polis sesuai dengan Ketentuan yang berlaku.  
*Related with my proposed policy changes, I also authorize PT BNI Life Insurance to change the Policy according the applicable Terms.*
- Perubahan yang saya ajukan berlaku jika permohonan ini diterima dan disetujui oleh PT BNI Life Insurance.  
*The changes I propose applies if a request is received and approved by PT BNI Life Insurance.*
- Bahwa seluruh jawaban/informasi/keterangan telah dibaca dan diperiksa kembali kebenarannya sebelum menandatangani Formulir Perubahan Polis Non Financial ini, sehingga saya bertanggungjawab atas segala isinya. Apabila terdapat keterangan yang tidak benar, maka saya akan tunduk pada Ketentuan Polis ini serta saya memahami bahwa jawaban dan keterangan tersebut di atas menjadi pertanggungjawaban dan tidak terpisahkan dari Polis.  
*That all answers / information / statements has been read and reviewed true before signing this Non-Financial Policy Change Form, so I am responsible for everything in it. If there is information that is not true, then I would be subject to the Terms of this policy and I understand that the answer to the description above and be accountable and inseparable from the policy.*

Di tanda tangani di :

Tanggal:  -  -

Signed at

Date

Pemegang Polis / Policy Holder

Mengetahui Pemegang Polis Baru / Acknowledged by New Policy Holder  
(Jika ada perubahan Pemegang Polis) / (If any change of Policy Holder)

\_\_\_\_\_  
(Tanda Tangan dan Nama)  
Signature and Name

\_\_\_\_\_  
(Tanda Tangan dan Nama)  
Signature and Name

Mengetahui / Acknowledged:

Nama & Kode Agen / BAS : .....

Name & Agent / BAS Code

Tanda Tangan Agen / BAS  
Signature

**Wajib melampirkan dokumen pendukung atas pengajuan perubahan polis yang dimaksud /**  
*Shall attach supporting documents on the application of policy change*  
Data yang tertera didalam Formulir pengajuan ini merupakan milik PT BNI Life Insurance, seluruh Pegawai dan Tenaga Pemasar diwajibkan menjaga keamanan data dan tidak diperkenankan untuk melakukan publikasi maupun penyebaran data diluar sepengetahuan dan perizinan dari PT BNI Life Insurance. Jika formulir ini diketahui tercecer maupun tidak tersimpan dalam kondisi aman, mohon untuk dapat memberitahukan ke PT BNI Life Insurance melalui E-mail : care@bni-life.co.id atau hubungi (021) 1 500 045  
*The data contained in this application form is owned by PT BNI Life Insurance , all Employee and entire Marketers are required to maintain the data security and are not allowed to publish and disseminate of knowledge and licensing of data outside of PT BNI Life Insurance . If this form is scattered and not stored in a safe condition , please inform PT BNI Life Insurance through E-mail : care@bni-life.co.id or call ( 021 ) 1 500 045*