

FORMULIR PERUBAHAN POLIS FINANCIAL 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 <i>Policy Holder Name</i>	: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Nama Tertanggung <i>The Insured Name</i>	: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Nomor Polis <i>No. Policy</i>	: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Alamat Saat ini <i>Current Address</i>	: <input style="width: 100%;" type="text"/>
	Nomor <input style="width: 50px;" type="text"/> RT/RW <input style="width: 50px;" type="text"/>
	Kota / City <input style="width: 150px;" type="text"/> Kode Pos / Postal Code <input style="width: 100px;" type="text"/>
Nomor Telepon <i>Phone Number</i>	: Rumah / <input style="width: 50px;" type="text"/> - <input style="width: 50px;" type="text"/> Kantor / <input style="width: 50px;" type="text"/> - <input style="width: 50px;" type="text"/>
	<i>Resident Office</i>
	HP: <input style="width: 100px;" type="text"/>
Email	: <input style="width: 100%;" type="text"/>

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

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

<input type="checkbox"/> Uang Asuransi Dasar (Naik/Turun)* <i>Sum Insured (Up / Down)</i>	<input type="checkbox"/> Tanggal Lahir <i>Date of Birth</i>	<input type="checkbox"/> Frekuensi Pembayaran Premi (Bulan/Triwulan/Semester/Tahunan)* <i>Premium Payment Method (Monthly/Quarterly/Six Month/Annually)</i>
<input type="checkbox"/> Asuransi Tambahan (Tambah/Hapus Rider)* <i>Rider</i>	<input type="checkbox"/> Pekerjaan <i>Occupation</i>	<input type="checkbox"/> Reduce Paid Up (RPU) <input type="checkbox"/> Lain lain, Sebutkan <i>Other, Please mention</i>

* Wajib melampirkan ilustrasi perubahan
Shall enclose illustration changes

Keterangan Perubahan / *Change Description:*

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

- 1 Permohonan Perubahan Polis 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.
- 2 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.
- 3 Perubahan yang saya ajukan berlaku jika permohonan ini diterima dan disetujui oleh PT BNI Life Insurance dan kewajiban pembayaran premi perubahan telah lunas (jika ada)
The changes I propose applies if a request is received and approved by PT BNI Life Insurance and the obligation of premiums changes have been paid off (if any)
- 4 Bahwa seluruh jawaban/informasi/keterangan telah dibaca dan diperiksa kembali kebenarannya sebelum menandatangani Formulir Perubahan Polis 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 the truth before signing this 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.

Ditandatangani 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 :

Tanda Tangan Agen / BAS :
Signature

Untuk semua Perubahan yang menyebabkan bertambahnya resiko wajib mengisi Pernyataan Kesehatan untuk Pengajuan Perubahan Polis.
Lihat halaman Belakang
For all the changes that lead to an increased risk shall fill the Health Statement for Policy Change.
See Rear page

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