

FORMULIR PERUBAHAN RIDER, UANG ASURANSI, TOP UP BERKALA DAN MASA PEMBAYARAN PREMI

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Pemegang Polis: _____

Nomor Polis : _____

Dengan ini mengajukan permohonan sebagai berikut :

Isi bagian A Tambah / Hapus Rider Isi bagian B Naik / Turun Uang Asuransi Isi bagian C Perubahan Top Up Berkala Isi bagian D Masa Pembayaran Premi

a. Jenis Pengajuan : Tambah Rider Hapus Rider

1. Nama Rider : I. _____

II. _____

b. Perubahan Uang Asuransi: Naik Uang Asuransi Turun Uang Asuransi

1. Uang Asuransi Saat Ini : _____

2. Uang Asuransi Menjadi : _____

c. Perubahan Top Up Berkala: Naik Top Up Berkala Turun Top Up Berkala

1. Top Up Berkala Saat Ini : _____

2. Top Up Berkala Menjadi : _____

d. Perubahan Masa Pembayaran Premi : Penambahan Masa Pembayaran Premi

Pengurangan Masa Pembayaran Premi

1. Masa Pembayaran Premi Saat ini : _____

2. Masa Pembayaran Premi Menjadi: _____

Saya lampirkan kelengkapan berkas :

Salinan (Copy) KTP Pemegang Polis

*Salinan (copy) harus jelas dan dapat terbaca

Formulir Pernyataan Kesehatan

*Untuk pengajuan penambahan rider / kenaikan uang asuransi dan dapat diunduh di website BNI Life

Ilustrasi Perubahan

*hubungi pemasar

Saya menyatakan bahwa pengajuan transaksi pada formulir ini telah saya isi dengan sebenar-benarnya dan tanpa adanya unsur paksaan dari pihak manapun. Dengan ini saya membebaskan PT BNI Life Insurance jika dikemudian hari timbul gugatan, tuntutan, upaya hukum dalam bentuk apapun baik pidana dan/atau perdata baik dari saya maupun pihak manapun.

Ditanda tangani di : _____

Tanggal : __, __, ____

Pemegang Polis,

(Tanda tangan dan Nama Jelas)

FORMULIR PERNYATAAN KESEHATAN

Pertanyaan	Tertanggung		Pemegang Polis	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
1. Apakah Tertanggung/Pemegang Polis sekarang dalam keadaan sehat?				
2. Sejak Polis tersebut di atas berlaku apakah Tertanggung/Pemegang Polis a. Pernah berkonsultasi dengan dokter, dirawat di Rumah Sakit, menjalani operasi atau mendapat perawatan? b. Pernah dianjurkan oleh dokter atau pernah melakukan pemeriksaan kesehatan diagnostic, check up seperti : sinar X, MRI, USG, CT scan, ECG,treadmill, darah, urine atau pemeriksaan laboratorium lainnya? c. Menderita cacat atau kelainan fisik?				
3. Apakah Tertanggung/Pemegang Polis mempunyai kebiasaan a. Merokok? Jika YA, berapa batang dalam sehari? b. Menggunakan obat bius/narkotik ,obat/zat terlarang? c. Minum alkohol? Jika YA, berapa banyak dalam seminggu?				
4. Apakah kondisi kesehatan Tertanggung/Pemegang Polis sekarang dalam keadaan terganggu, memerlukan atau dianjurkan operasi atau dalam perawatan dokter /makan obat untuk alasan apapun?				
5. a. Apakah Tertanggung sering melakukan kegiatan penerbangan komersial/non-komersial? b. Apakah Tertanggung pernah atau bermaksud ikut dalam olah raga yang beresiko tinggi ? (Balap mobil, terjun payung, dll)				
6. Hanya untuk wanita a. Apakah Anda sekarang sedang hamil ? bila YA, bulan b. Apakah ada gangguan menstruasi atau menstruasi tidak teratur? c. Tanggal terakhir menstruasi: d. Tanggal terakhir Anda melahirkan:				
Perincian jawaban YA , tulislah nomor pertanyaan, berikan diagnosa, tanggal, lamanya, nama & alamat dokter yang merawat				

Ditanda tangani di : _____

Tanggal : __, __, ____

Tertanggung

Pemegang Polis

(Tanda tangan dan Nama)

(Tanda tangan dan Nama)