

**AMANDEMEN ATAS PENGAJUAN FORMULIR TRANSAKSI POLIS  
AMENDMENTS FOR APPLICATION POLICY TRANSACTION FORM**



No Polis / Policy No.

Nama Lengkap Tertanggung atau Peserta / Insured or Participant Full Name

Nama Lengkap Pemilik Polis / Policy Owner Full Name

**Catatan / Notes:**

Mohon mengisi formulir ini huruf kapital dan diisi sendiri / Please fill out this form in capital letters and fill it out yourself.

Dengan ini Saya mengajukan permohonan untuk melakukan perubahan atau penambahan informasi atas pengajuan Formulir Permohonan Perubahan dan Pemulihan Polis atau Formulir Permohonan Transaksi Keuangan dengan perubahan sebagai berikut :

Hereby I submit changes or addition information for Policy Changes and Reinstatement Request Form or Policy Financial Transactions Form with changes as follow :

Jenis Transaksi / Transaction Type:

Tanggal Tanda Tangan Formulir

Date of Signed

<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D	D		M	M		Y	Y	Y	Y

**Keterangan / Notes:**

Dengan ini Saya menyatakan bahwa selain dari apa yang telah dinyatakan diatas maka tidak ada perubahan atau penambahan lain untuk Formulir Permohonan Perubahan dan Pemulihan Polis atau Formulir Permohonan Transaksi Keuangan yang sudah dikirimkan sebelumnya. Selanjutnya Saya menyatakan bahwa semua jawaban yang diberikan dalam Formulir Amandemen ini adalah benar dan masih berlaku. Dan Saya bertanggung jawab sepenuhnya dari segala akibat hukum yang muncul dari pernyataan yang Saya berikan.

Hereby I stated that unless with has been stated above there are no other changes or addition for Policy Changes and Reinstatement Request Form or Policy Financial Transactions Form that has been submitted. Furthermore, I stated that all answers given in this Amendment Form are true and valid. And I fully responsible for any Legal consequences that might be apply from my statements in this form.

Ditandatangani di / Signed in:

Tanggal / Date:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D	D		M	M		Y	Y	Y	Y

Nama & tanda Tangan Pemilik Polis /  
Policy Owner Signature

Nama & tanda Tangan Tertanggung atau Peserta  
Insured or Participant Signature

Nama & tanda Tangan Saksi  
(SO/CS/Tenaga Pemasar) /  
Witness Signature

**PERHATIAN | ATTENTION:**

- Jangan menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong dan pastikan semua informasi yang dibutuhkan telah dipenuhi sebelum menandatangani.  
*Do not sign on blank form and do make sure all the information needed has already filled before signing the form.*
- Apabila Pemilik Polis atau Tertanggung / Peserta menandatangani formulir ini di luar wilayah Negara Republik Indonesia, maka formulir ini beserta dokumen pendukungnya harus dilegalisir oleh Pejabat Konsulat Jenderal / Kedutaan Besar Republik Indonesia di lokasi setempat.  
*If the Policy Owner or the Insured / Participant signs this form outside the Republic of Indonesia region then this form and its supporting documents must be legalized by the Consulate General/Embassy of the Republic of Indonesia at the local area*

INDONESIA'S LEADING LIFE INSURER WITH ESTABLISHED EXISTENCE SINCE 1975  
PT AVRIST ASSURANCE  
Office | World Trade Center II LT.7 & 8, Jl. Jend. Sudirman Kav.29-31, Jakarta 12920  
t +62 21 5789 8188 | f +62 21 2952 2454 | www.avrist.com

Tanda Tangan  
Pemilik Polis