

FORMULIR PERMOHONAN PERUBAHAN DAN PEMULIHAN POLIS

POLICY CHANGES AND REINSTATEMENT REQUEST FORM



- Beri tanda *✓* pada box untuk perubahan yang diajukan | Give remarks *✓* in the box for request change.
- Pembetulan pengisian pada Formulir ini harus ditandatangani oleh Pemilik Polis (bukan paraf) | Correction on this form should be signed by Policy Owner
- Lampirkan salinan e-KTP Pemilik Polis dan atau Tertanggung serta dokumen pendukung lainnya | Attach a copy of e-KTP of the Policy Owner and or Insured, and other supporting documents.

DATA POLIS

No Polis | Policy No. : _____ Nama Agent | Agent Name : _____
Nama Pemilik Polis | Policy Owner Name : _____ No. Kode Agent | Agent Code No. : _____
Nama Tertanggung | Insured Name : _____

JENIS PERUBAHAN | TYPE OF CHANGE

1. Perubahan Alamat Surat Menyurat | Change of Address

Nama Jalan | Street Name : _____ Tlp. Rumah | Home Phone* : _____
RT/RW : _____ Tlp. Kantor | Office Phone* : _____
Kelurahan | Suburb : _____ Tlp Seluler | Mobile No. : _____
Kecamatan | Subdistrict : _____ No. Sms | Sms No. : _____
Kota | City : _____ Alamat email | Email address : _____
Provinsi | Province : _____ Kode Pos | Postal Code : _____
Negara | Country : Indonesia Lainnya, sebutkan | Others _____ *) Termasuk Kode Wilayah | Including Area Code

2. Pencabutan Surat Kuasa Pendebetan Premi | Premium Auto Debt Cancellation

Autodebet Rekening | Account Auto debt Autodebet Kartu Kredit | Credit Card Auto debt

Data rekening atau kartu kredit yang ingin dicabut | Account or Credit Card Information that cancelled:

No. Rekening/KK | Account No. / CC : _____ Nama Bank | Bank Name : _____
Nama Pemilik Rek. /KK | Account Name / CC : _____

3. Perubahan Frekuensi Pembayaran Premi | Change of Premium Frequency Payment

Bulanan | Monthly Tiga bulanan | Quarterly Enam bulanan | Half Yearly Tahunan | Yearly

Alasan Perubahan | Reason: _____
Untuk frekuensi pembayaran bulanan wajib menggunakan metode pembayaran Autodebet Rekening atau Kartu Kredit | For monthly frequency payment, mandatory to using bank account or credit card auto debt method.

4. Perubahan Data Rekening Bank | Change of Bank Account Information

Nama Pemilik Rekening | Account Name : _____
Nama Bank | Name Bank : _____
Cabang | Branch : _____
Nomor Rekening | Account Number : Rupiah | IDR Dollar | USD _____

5. Perubahan Nama | Change of Name

Pemilik Polis | Policy Owner Tertanggung | Insured Yang Ditunjuk | Beneficiary

Nama Lama | Previous Name : _____ Alasan perubahan | Reason : _____
Nama Baru | Current Name : _____

Nama Lama | Previous Name : _____ Alasan perubahan | Reason : _____
Nama Baru | Current Name : _____

Nama Lama | Previous Name : _____ Alasan perubahan | Reason : _____
Nama Baru | Current Name : _____

Catatan: Lampirkan dokumen pendukung seperti (tetapi tidak terbatas pada) Akte Lahir / Kartu Keluarga | Note: Attach supporting document such as (but not limited to) birth certificate / Family Identity Card

Tanda Tangan

6. Perubahan Tanggal Lahir | *Change of Birth Date*

Pemilik Polis | *Policy Owner*

Tertanggung | *Insured*

Yang Ditunjuk | *Beneficiary*

Tanggal Lahir Lama | : _____ Alasan perubahan | *Reason*: _____

Previous Date of Birth

Tanggal Lahir Baru | : _____

Current Date of Birth

Tanggal Lahir Lama | : _____ Alasan perubahan | *Reason*: _____

Previous Date of Birth

Tanggal Lahir Baru | : _____

Current Date of Birth

Tanggal Lahir Lama | : _____ Alasan perubahan | *Reason*: _____

Previous Date of Birth

Tanggal Lahir Baru | : _____

Current Date of Birth

Catatan: Lampirkan dokumen pendukung seperti (tetapi tidak terbatas pada) Akte Lahir / Kartu Keluarga | *Note: Attach supporting document such as (but not limited to) birth certificate / Family Identity Card*

7. Perubahan Yang Ditunjuk (Penerima Manfaat) | *Change of Beneficiary*

No.	Nama Yang Ditunjuk <i>Name of Beneficiary</i>	Jenis Kelamin <i>Gender</i>	Hubungan dengan Tertanggung <i>Relation with Insured</i>	Tanggal Lahir <i>Date of Birth</i>	Persentase (%) <i>Percentage (%)</i>

Catatan: Lampirkan dokumen pendukung seperti (tetapi tidak terbatas pada) Akte Lahir / Kartu Keluarga | *Note: Attach supporting document such as (but not limited to) birth certificate / Family Identity Card*

8. Perubahan Pemilik Polis | *Change of Policy Owner*

Nama Lengkap | *Full Name* : _____

No. Tanda Pengenal | *ID Number* : _____

Tanggal Lahir | *Date of Birth*: _____

Jenis Kelamin | *Gender*: Pria | *Male* Wanita | *Female*

Status Pernikahan | *Marital Status*:

- Kawin | *Married*
 Belum Kawin | *Single*
 Cerai Hidup | *Divorced*
 Cerai Mati | *Widowed*

Kewarganegaraan (khusus WNA) | : _____

Nationality (foreigner only)

Alamat Surat Menyurat | *Correspondency Address*

Nama Jalan | *Street Name* : _____

RT/RW : _____

Kelurahan | *Suburb* : _____

Kecamatan | *Subdistrict* : _____

Kota | *City* : _____

Kode Pos | *Postal Code* : _____

Tlp. Seluler | *Mobile Phone*: _____

Tlp. Rumah | *Home Phone* : _____

Email : _____

Data Pekerjaan | *Occupational Information*

Pekerjaan | *Occupation* : _____

Nama Perusahaan | *Company's Name* : _____

Jenis Usaha | *Nature of Business* : _____

Alamat Perusahaan | *Company's Address* : _____

Gambaran Tugas | *Job Description* : _____

Lokasi kerja | *Work location* : Dalam / Luar Lapangan *

* Pilih salah satu | *Choose one*

Penghasilan Bersih per Tahun | : _____

Net Annual Income

Hubungan dengan Tertanggung | : _____

Relation with Insured

Alasan Perubahan | : _____

Reason of change

Tanda Tangan Pemilik Polis Lama |
Signature Old Policy Owner

Tanda Tangan Pemilik Polis Baru
Signature New Policy Owner

Data Rekening Bank | *Bank Account Information*

Nama Pemilik Rek. | *Acc. Name* : _____

Nama Bank | *Name Bank* : _____

Cabang | *Branch* : _____

No. Rekening | *Acc. Number* : IDR/USD* _____

* Pilih salah satu | *Choose one*

Catatan: Lampirkan dokumen pendukung seperti (tetapi tidak terbatas pada) Akte Lahir / Kartu Keluarga |
Note: Attach supporting document such as (but not limited to) birth certificate / Family Identity Card

(Nama Jelas | *Sure Name*)

(Nama Jelas | *Sure Name*)

Tanda Tangan

9. **Perubahan Tanda Tangan | Change of Signature**

Tanda Tangan Baru Pemilik Polis |
New Signature of Policy Owner

Tanda Tangan Baru Tetanggung (Jika berbeda dengan Pemilik Polis)|
New Signature of Insured (If different with Policy Owner)

10. **Perubahan Uang Pertanggungan | Change of Sum Assured***

Pertanggungan Dasar | Basic Coverage

Pertanggungan Tambahan | Rider Coverage

Uang Pertanggungan | Sum Assured _____ dari | from _____ menjadi | to _____
Uang Pertanggungan | Sum Assured _____ dari | from _____ menjadi | to _____
Uang Pertanggungan | Sum Assured _____ dari | from _____ menjadi | to _____

*Lampirkan formulir pernyataan kesehatan untuk transaksi kenaikan UP | Attach health declaration form for SA increase transaction

11. **Perubahan Pertanggungan Tambahan | Change of Rider**

- Penambahan Pertanggungan Tambahan*: _____ *(lampirkan formulir pernyataan kesehatan | attach health declaration form)
| Rider Addition
 Penghapusan Pertanggungan Tambahan: _____
| Rider Deletion

12. **Perubahan Plan Manfaat Perawatan Rumah Sakit | Change of Hospital Plan Coverage**

13. **Perubahan Lain - lain | Other Changes**

14. **Pengajuan Duplikat Polis / Kartu | Policy / Card Duplication**

Bahwa Pemilik Polis telah menyatakan secara tertulis bahwa Polis/ Kartu Kesehatan tersebut telah hilang/ belum diterima/ tercecer pada tempat yang tidak diketahui dan tidak ada harapan untuk dapat ditemukan kembali, walaupun pencarian yang seksama telah dilaksanakan. Dengan ini Pemilik Polis mengajukan Duplikat Polis / Kartu Kesehatan, serta bersedia membayar biaya yang timbul atas pengajuan ini sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

The Policy Owner has stated that the policy/ card has not received yet or was losted or scattered in unknown place and there is no possibilities to be founded, even though further searching has been carried out. Hereby the Policy Owner submits a policy/ card duplication and willing to pay the charges may be occur due to this transaction, according to term and condition applied :

Duplikat Polis | Policy Duplication

Sebelumnya | Previous : Buku Polis/ E- Policy (Pilih salah satu | Choose one)
Menjadi | Current : Buku Polis/ E- Policy (Pilih salah satu | Choose one)

Duplikat Kartu Kesehatan | Health Card Duplication

Nama Produk | Product Name :
Nama Peserta | Member Name :

Tanda Tangan

PEMULIHAN POLIS | *POLICY REINSTATEMENT*

Dengan ini menyatakan akan melakukan pemulihan polis tersebut diatas karena | *Hereby I want to reinstate the policy above, due to:*

- Batal | *lapsed*
- Jangka Waktu yang Diperpanjang | *Extended Term Insurance (ETI)*
- Uang Pertanggungan yang Menurun | *Reduce Paid - Up (RPU)*

Saya bersedia untuk memenuhi persyaratan serta tunduk terhadap seluruh ketentuan dan persyaratan yang diatur dalam Polis, khususnya yang terkait dengan pemulihan Polis | *I willing to fulfill the requirements and comply with all the terms and conditions in the policy, especially those related to the reinstatement policy.*

Bila terdapat dana yang dikembalikan atas transaksi perubahan/ pemulihan polis harap ditransfer ke: | *If any refund related to transaction of policy changes/ reinstatement please transferred to:*

Nama Pemilik Rekening** / *Account Name*** : _____
Nama Bank / *Bank Name* : _____
Cabang / *Branch Name* : _____
No Rekening* / *Account no.** : _____
Mata Uang / *Currency* : Rupiah | *IDR* Dollar | *USD*

* Data rekening wajib sama dengan SPAJ, ajukan perubahan nomor rekening bila nomor rekening saat ini berbeda dengan SPAJ

**Jika terdapat perbedaan nama Pemilik Polis pada data rekening, Avrist berhak meminta penjelasan dan dokumen pendukung yang diperlukan.

Tanda Tangan

CATATAN PENTING | *IMPORTANT NOTES:*

1. Permohonan perubahan ini tidak berlaku sampai : (a) diakui dan dicatat bahwa diterima oleh PT Avrist Assurance ("Perusahaan") dan ; (b) disahkan oleh Perusahaan melalui penerbitan Endosemen. Perusahaan berhak untuk melakukan verifikasi atas dokumen-dokumen yang mendukung permohonan perubahan tersebut dan meminta asli/salinan dokumen pendukung lainnya. Apabila menurut pendapat Perusahaan, perubahan yang telah dicatat tersebut tidak sesuai dengan dokumen-dokumen pendukung, maka permohonan ini dianggap tidak berlaku.
This change request does not take effect until : (a) acknowledged and noted that received by PT Avrist Assurance ("the Company") and; (b) recognized by the Company through the issuance of Endorsements. The Company has the right to verify the documents that support the change request and request original / copies of other supporting documents. If in the opinion of the Company, the changes that have been noted are not in accordance with supporting documents, then this application is deemed invalid.
2. Formulir Perubahan dan Pemulihan Polis ini ("Formulir") dan Endosemen (jika ada) akan dilampirkan dan merupakan bagian dari Polis.
This Policy Changes and Reinstatement Form ("Form") and Endorsement (if any) will be attached and is an integral part of the Policy.
3. Perusahaan berhak memperbaharui Formulir ini dari waktu ke waktu dan berhak menerima atau menolak Formulir jika persyaratan yang ditentukan tidak dipenuhi.
The Company has the right to renew this Form from time to time and has the right to approve or reject the Form if the specified requirement is not fulfill.
4. Formulir ini harus ditandatangani oleh Pemilik Polis dihadapan saksi di bawah bagian Pernyataan dan saksi juga harus tanda tangan pada kolom penandatanganan yang disediakan, Tanda tangan Tertanggung/Pemilik Polis harus sama.
This Form must be signed off by the Policy Owner in front of the witness under the Statement section and the witness must also signed off in signature column provided. The Signature of the Insured / Policy Holder must be the same as the latest data in the Company.
5. Semua pengajuan perubahan polis akan mengacu pada ketentuan masing-masing produk.
All policy changes transaction will be refer to term and condition of each products.

PERNYATAAN | *STATEMENT:*

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya mengerti dan menyetujui hal-hal sebagai berikut :
I hereby declare that I understand and agree to the following matters:

1. Tidak ada pernyataan, keterangan atau persetujuan yang diberikan oleh seseorang termasuk agen Perusahaan yang dapat mengikat Perusahaan, kecuali apabila diberikan secara tertulis dan disahkan oleh Perusahaan.
There is no statement, information or approval given by a person including Company agents can bind the Company, except if given in writing and authorized by the Company
2. Semua pernyataan dan jawaban yang diberikan dalam Formulir ini atau dokumen lainnya yang telah dilampirkan sehubungan dengan permohonan ini adalah benar.
All statements and answers provided in this Form or other documents that have been attached in connection with this application are true.
3. Endosemen Polis yang diterbitkan oleh Perusahaan sehubungan dengan perubahan yang Saya ajukan dalam Formulir ini merupakan instrumen pengesahan dari Perusahaan atas adanya perubahan tersebut dan karenanya akan menjadi satu kesatuan dengan polis.
Endorsement of the Policy issued by the Company in connection with the changes that I have submitted in this Form is an instrument of endorsement from the Company for the changes and will therefore become an integral part of the Policy.
4. Saya menyetujui Perusahaan untuk melakukan penolakan transaksi saya saat ini dan dikemudian hari, jika :
 - a. Diketahui dan/atau patut diduga menggunakan dokumen palsu atau memberikan informasi yang tidak benar / diragukan kebenarannya.
 - b. Memiliki sumber dana transaksi yang diketahui / patut diduga berasal dari hasil tindak pidana.
 - c. Terdaftar sebagai terduga teroris dan organisasi teroris.*I agree to the Company to decline my transaction at this time and in the future, if:*
 - a. *Known and / or reasonably suspected of using false documents or providing information that is not true / doubtful.*
 - b. *Have a source of transaction funds that are known / appropriate to be suspected to originate from the proceeds of crime.*
 - c. *Registered as a suspected terrorist and terrorist organization.*

Saya memberi kuasa kepada / *I giving the authority to:*

Perusahaan untuk menggunakan informasi atau keterangan mengenai diri saya yang tersedia, diperoleh atau disimpan oleh Perusahaan (sesuai yang tercantum dalam Formulir ini atau sarana lain), kepada pihak-pihak lain (termasuk tetapi tidak terbatas pada perusahaan reasuransi, asuransi, lembaga, bank, atau badan hukum lain baik di dalam maupun di luar negeri) yang memiliki hubungan kerja sama dengan Perusahaan dalam rangka pengajuan Formulir ini, pembayaran klaim, pelayanan nasabah, maupun penawaran produk lain kepada saya. Saya juga mengerti bahwa saya berhak untuk melakukan koreksi atau penambahan atas informasi dan keterangan mengenai diri saya tersebut dengan menghubungi kantor Perusahaan.

The Company to use the information about myself that is available, obtained or stored by the Company (as stated in this Form or other means), to other parties (including but not limited to reinsurance companies, insurance companies, institutions, banks, or other legal entities both at inside and outside the country) that have a cooperative relationship with the Company in the context of submitting this Form, claim payments, customer service or other product offerings to me. I also understand that I have the right to make corrections or additions to the information about myself by contacting the Company's office.

Ditandatangani di|*Signed in:* _____ Tanggal|*Date:* _____ Saya menyatakan bahwa Formulir ini benar ditandatangani oleh Pemilik Polis | *The witness declared this Form has signed by Policy Owner*

Nama & Tanda Tangan Pemilik Polis |
Policy Owner's Signature

Nama & Tanda Tangan Tertanggung |
Insured's Signature

Nama & Tanda Tangan Saksi (Agent) |
Witness/ Agent's Signature

PERHATIAN | *ATTENTION:*

1. Jangan menandatangani Formulir dalam keadaan kosong. | *Do not sign the blank form*
2. Apabila Pemilik Polis dan atau Tertanggung menandatangani Formulir ini di luar wilayah Indonesia, maka Formulir ini beserta dokumen pendukungnya harus dilegalisasi oleh pejabat Konsulat Jenderal/Kedutaan Besar Republik Indonesia di lokasi setempat | *If the Policy Owner or the Insured 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*

Head Office| Gedung World Trade Center II, Lt. 7 & 8, Jl. Jend. Sudirman Kav. 29-31, Jakarta 102920
t +62 21 5789 8188 | f +62 21 572 1308 | e-mail: customer-service@avrist.com