

No. Polis : ..... Tanggal : .....

Tertanggung : ..... Nama Agen : .....

Pemilik Polis : ..... Kode Agen : .....

No. Telepon : Rumah : .....

Kantor : .....

Handphone : .....

**CATATAN PENTING:**

1. Permohonan perubahan ini tidak berlaku sampai (a) diterima dan dicatat bahwa diterima oleh PT Avrist Assurance ("Perusahaan") dan (b) diakui dan diterima 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.
2. Fotokopi Formulir Permohonan Perubahan ("Formulir") ini dan Endosemen (jika ada) akan dilampirkan dan merupakan bagian dari Polis setelah Formulir ini diterima dan disetujui oleh Perusahaan.
3. Perusahaan berhak memperbaharui Formulir ini dari waktu ke waktu dan berhak menerima atau menolak Formulir jika persyaratan yang ditentukan tidak dipenuhi.
4. Formulir ini harus ditandatangani oleh Pemilik Polis di bawah bagian Pernyataan. Tanda tangan Tertanggung/Pemilik Polis harus sama dengan data terakhir yang terdapat di Perusahaan.
5. Perubahan apapun pada Formulir ini harus ditandatangani oleh Pemilik Polis dengan tanda tangan (bukan paraf) sesuai dengan data terakhir yang terdapat di Perusahaan.
6. Formulir ini hanya dapat dipakai untuk satu nomor Polis.
7. Lampirkan fotokopi identitas diri Pemilik Polis/Tertanggung yang masih berlaku.

**JENIS PERUBAHAN**

<input type="checkbox"/> PERUBAHAN ALAMAT SURAT-MENYURAT MENJADI	<input type="checkbox"/> PENAMBAHAN UANG PERTANGGUNGAN DENGAN MATA UANG YANG SAMA MENJADI
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> Kode Pos _____ Telepon _____	(Dilakukan dalam 1 (satu) tahun sejak tanggal Polis sesuai dengan ketentuan Underwriting Perusahaan) <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<input type="checkbox"/> PENAMBAHAN FAEDAH TAMBAHAN	<input type="checkbox"/> PENGURANGAN UANG PERTANGGUNGAN MENJADI
(Lampirkan Formulir Kesehatan yang telah diisi) <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<input type="checkbox"/> PENGHAPUSAN FAEDAH TAMBAHAN	<input type="checkbox"/> PERUBAHAN JENIS MATA UANG MENJADI
(Lampirkan Polis asli) <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

<input type="checkbox"/> PERUBAHAN CARA PEMBAYARAN PREMI MENJADI	<input type="checkbox"/> PILIHAN KETENTUAN YANG DIJAMIN				
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Tahunan</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Tiga bulanan</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Enam bulanan</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Bulanan</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Tahunan	<input type="checkbox"/> Tiga bulanan	<input type="checkbox"/> Enam bulanan	<input type="checkbox"/> Bulanan	<input type="checkbox"/> Pilihan Jangka Waktu yang Diperpanjang  <input type="checkbox"/> Pilihan Pertanggungan dengan Uang Pertanggungan Menurun
<input type="checkbox"/> Tahunan	<input type="checkbox"/> Tiga bulanan				
<input type="checkbox"/> Enam bulanan	<input type="checkbox"/> Bulanan				
<input type="checkbox"/> PERUBAHAN JENIS PERTANGGUNGAN DARI...MENJADI...  <hr/> <hr/> <hr/>					
LAIN-LAIN					
<hr/> <hr/>					
<p><b>PERNYATAAN</b></p> <p>Dengan ini saya menyatakan bahwa saya mengerti dan menyetujui hal-hal sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>2. Semua pernyataan dan jawaban yang diberikan dalam Formulir ini atau dokumen lainnya yang telah dilampirkan sehubungan dengan permohonan perubahan ini adalah benar.</li> <li>3. Seluruh perubahan yang tercantum di dalam Formulir ini adalah satu kesatuan dan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis yang telah diterbitkan oleh Perusahaan dan/atau Halaman Keterangan Polis, selama telah memenuhi syarat dan ketentuan yang telah ditetapkan oleh Perusahaan.</li> </ol> <p>Saya memberi kuasa kepada:          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 kerjasama 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.</p> <p>Ditandatangani di _____ Tanggal _____</p>   <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border-top: 1px solid black; text-align: center;">           Nama &amp; Tanda Tangan Tertanggung (jika berbeda dengan Pemilik Polis)         </td> <td style="width: 50%; border-top: 1px solid black; text-align: center;">           Nama &amp; Tanda Tangan Pemilik Polis         </td> </tr> </table>		Nama & Tanda Tangan Tertanggung (jika berbeda dengan Pemilik Polis)	Nama & Tanda Tangan Pemilik Polis		
Nama & Tanda Tangan Tertanggung (jika berbeda dengan Pemilik Polis)	Nama & Tanda Tangan Pemilik Polis				
<p>Disetujui oleh Perusahaan: _____ pada _____</p> <p style="text-align: center;">Registrar <span style="margin-left: 100px;">Tanggal</span></p>					