



FORMULIR PERMOHONAN PENCETAKAN BARU/ULANG DOKUMEN

Saya/Kami yang bertanda tangan di bawah ini adalah Pemegang Polis dengan data sebagai berikut :

Nomor Polis : _____

Nama Pemegang Polis : _____

Kewarganegaraan : WNI*) WNA**), Negara : _____

*) WNI : - Lampirkan Fotokopi Identitas Pemegang Polis yang masih berlaku (KTP/SIM/Passport).
**) WNA : - Lampirkan Fotokopi Paspor dan KIMS/KITAS/KITAP.
- Isi *Foreigner's Questionnaire Form*

Saya/Kami mempunyai (jika ada) : Paspor Amerika Serikat Green Card Amerika Serikat

Untuk perubahan Alamat Rumah, Alamat Kantor, Telepon Rumah, Telepon Kantor, Handphone dan Email harap menggunakan fasilitas elektronik dengan menghubungi Tanya ANYA melalui aplikasi WhatsApp ke nomor 0811 1960 1000

ISI DAN BERIKAN TANDA PADA KOTAK DI BAWAH INI, SESUAI DENGAN YANG DIINGINKAN.

Dengan ini Saya/Kami mengajukan permohonan pencetakan baru/ulang dokumen untuk :

Surat Polis Kartu Kesehatan

Jenis Dokumen : _____ Periode Dokumen : _____

Alasan pencetakan baru/ulang dokumen :

Hilang Rusak Lain-lain, jelaskan : _____

Lampiran :

- Bukti pembayaran biaya administrasi (khusus untuk cetak ulang Polis dan Kartu Kesehatan).
- Surat kehilangan dari kepolisian yang ditandatangani oleh Pemegang Polis (wajib jika Polis/Kartu Kesehatan hilang), jika surat kehilangan dari kepolisian tidak ditandatangani oleh Pemegang Polis maka wajib melampirkan surat pernyataan hilang yang ditandatangani oleh Pemegang Polis di atas meterai (Kecuali untuk surat)
- Surat Pernyataan Bermaterai/Polis yang rusak (bila terjadi kerusakan)

PERNYATAAN DAN KUASA

1. Saya/Kami menyatakan dengan sebenarnya bahwa semua data-data pada Formulir ini sesuai dengan keadaan yang sebenarnya. Apabila data dan pernyataan di atas tidak benar maka Penanggung/Pengelola berhak untuk membatalkan Pengajuan yang diajukan sesuai ketentuan Polis yang berlaku.
2. Saya/Kami mengerti bahwa permohonan ini hanya dapat diproses apabila Saya/Kami telah melengkapi persyaratan yang diperlukan Penanggung/Pengelola.
3. Saya/Kami menyatakan bahwa Saya/Kami bukan pemegang paspor Amerika Serikat/Green Card Amerika Serikat atau perusahaan yang didirikan/berkedudukan di Amerika Serikat ("U.S. person") untuk kepentingan pajak penghasilan federal Amerika Serikat. Saya/Kami tidak bertindak untuk, atau atas nama seorang U.S. person. Saya/Kami telah memahami bahwa Penanggung/Pengelola meyakini bahwa pernyataan ini benar, akan bergantung pada, dan bertindak berdasarkan pernyataan tersebut. Dalam hal pernyataan tersebut salah, Penanggung/Pengelola berhak dan diberi hak untuk membatalkan/menolak pengajuan perubahan Polis ini. (Jika pemohon adalah atau bertindak atas nama U.S. Person, maka wajib melengkapi formulir W-9; jika pemohon hanya memiliki U.S. Indicia saja, maka wajib melengkapi formulir W-8BEN).
4. Saya/Kami akan memberitahukan kepada Penanggung/Pengelola dalam kurun waktu 30 (tiga puluh) hari sejak perubahan status kewarganegaraan Saya/Kami menjadi U.S Person untuk kepentingan pajak penghasilan federal Amerika Serikat.
5. Penanggung/Pengelola tunduk pada dan diharuskan untuk, atau telah setuju untuk mematuhi hukum dan peraturan tertentu dan/atau persyaratan lain ("Kewajiban Pelaporan"). Dengan adanya Kewajiban Pelaporan tersebut, Saya/Kami dengan ini memberikan persetujuan dan wewenang kepada Penanggung/Pengelola untuk memberikan data dan informasi pribadi Saya/Kami kepada pejabat pemerintah, regulator atau lembaga pengatur, dan/atau pihak lain baik di dalam ataupun di luar negeri sehubungan dengan pelaksanaan Kewajiban Pelaporan tersebut. Saya/Kami memahami bahwa pengungkapan tersebut dapat dilakukan melalui pengalihan data pribadi secara lintas batas keluar dari yurisdiksi, dan pengungkapan tersebut dapat berkaitan dengan:
 - (i) data pribadi Saya/Kami, Pemegang Polis/Peserta, Tertanggung/Pihak Yang Diasuransikan, Penerima Manfaat ("Para Pihak"), atau satu diantaranya; setiap
 - (ii) informasi yang berkaitan dengan Polis ini; dan
 - (iii) setiap informasi yang berkaitan dengan Polis-Polis lain yang dimiliki oleh Para Pihak atau satu diantaranya.
6. Saya/Kami memahami bahwa Penanggung/Pengelola tidak akan dapat melaksanakan transaksi dan menyediakan layanan kepada Saya/Kami apabila Saya/Kami menolak untuk memberikan persetujuan ini.
7. Saya/Kami dengan ini memberikan kuasa dan izin kepada Penanggung/Pengelola untuk menggunakan atau memberikan informasi atau keterangan mengenai Saya/Kami, baik sebagai Pemegang Polis/Peserta maupun Tertanggung/Pihak Yang Diasuransikan yang tersedia, diperoleh atau disimpan oleh Penanggung/Pengelola (sesuai yang tercantum dalam Formulir ini), kepada pihak-pihak lain (termasuk namun 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 Penanggung/Pengelola dalam rangka pengajuan Formulir Perubahan Polis ini, pelayanan nasabah, maupun penawaran produk lain kepada Saya/Kami.
8. Saya memahami dan menyetujui bahwa Saya melakukan penandatanganan formulir ini secara elektronik, di mana tampilan tanda tangan elektronik yang muncul dalam formulir ini adalah sama dengan tanda tangan yang saya lakukan secara tanda tangan basah untuk tujuan keabsahan, keberlakuan dan dapat diterima sesuai hukum yang berlaku.

Ditandatangani di: _____

Tanda tangan dan nama lengkap Pemegang Polis

PENTING

Data yang tertera di formulir ini adalah milik PT AIA FINANCIAL.

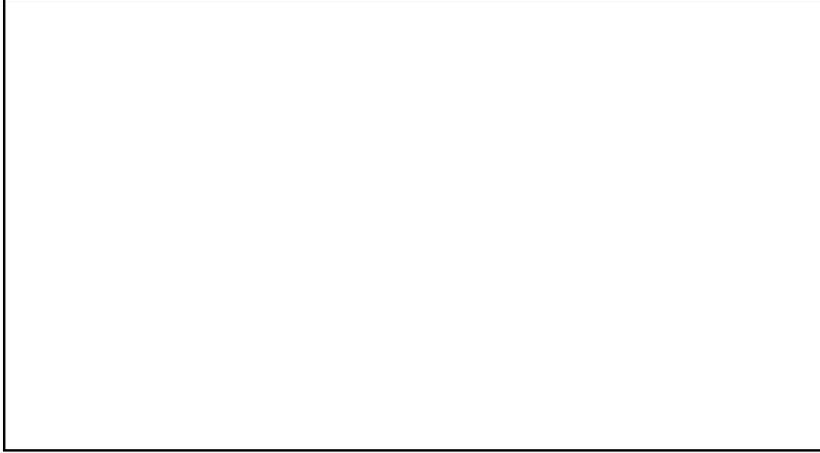
Data yang tertera di formulir ini akan digunakan untuk memproses permohonan Anda. Apabila terdapat informasi yang kurang/tidak lengkap, PT AIA FINANCIAL berhak untuk tidak melanjutkan permohonan Anda hingga dilengkapinya seluruh informasi.

Apabila dikemudian hari di formulir ini terdapat data yang tidak benar dan/atau perlu untuk diperbarui, Anda wajib untuk memperbaiki dan/atau memperbarui data tersebut dengan cara menghubungi AIA Customer Care Line pada No. Telepon 1500 980 atau (021) 3000 1 980, email : id.customer@aia.com

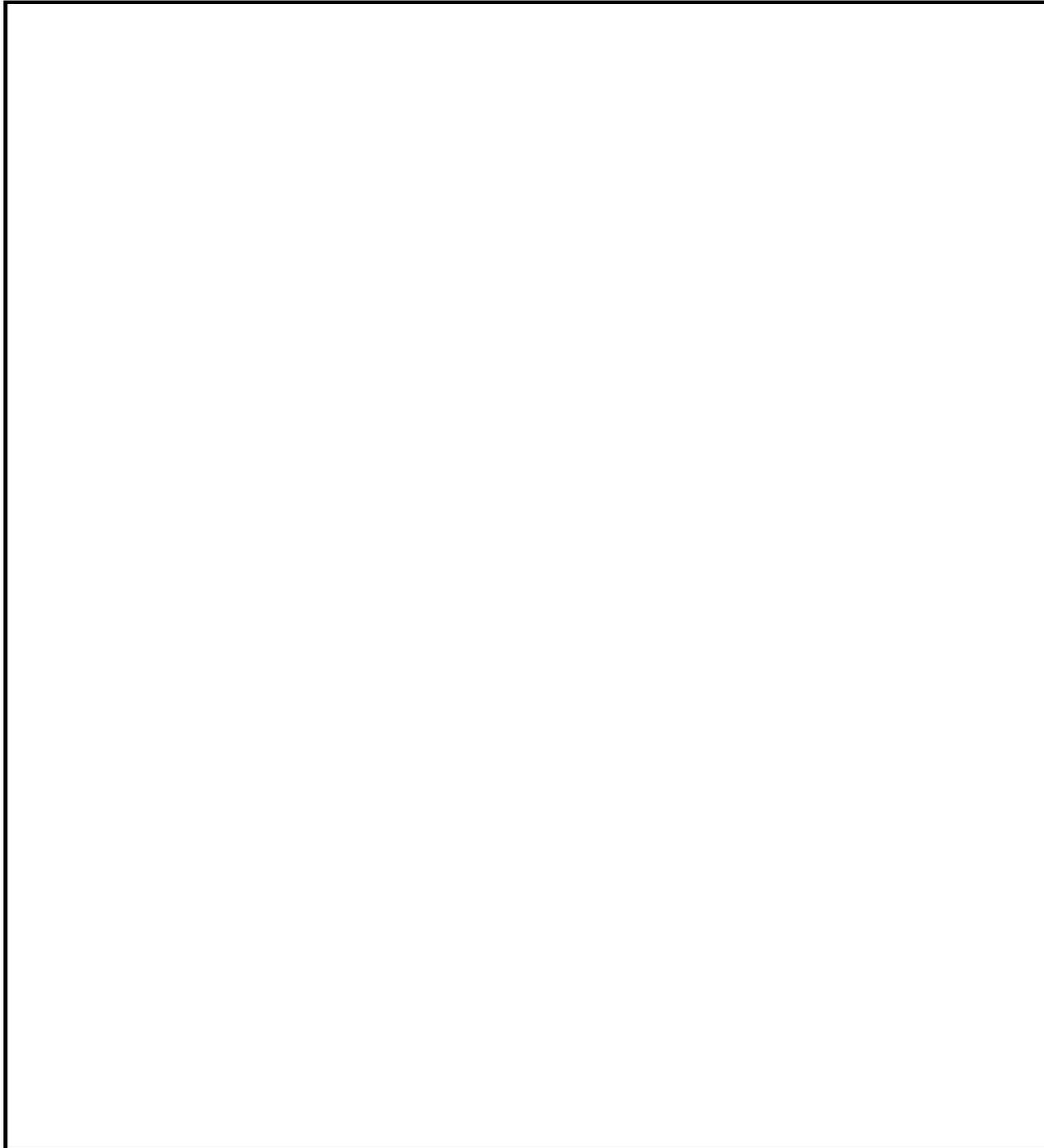
Seluruh karyawan tetap, alih daya, dan tenaga pemasar PT AIA FINANCIAL wajib menjaga kerahasiaan data dan tidak diperkenankan untuk mempublikasikan atau menyebarkan atau memberikan data kepada pihak yang tidak berkepentingan dan pihak luar manapun tanpa izin tertulis terlebih dahulu dari PT AIA FINANCIAL. Jika formulir ini ditemukan tersebar tanpa sengaja atau tidak tersimpan dengan aman, mohon diberitahukan kepada AIA Customer Care Line di atas.

LAMPIRAN

Klik & Lampirkan foto bukti pembayaran biaya administrasi (khusus untuk cetak ulang Polis dan Kartu Kesehatan)

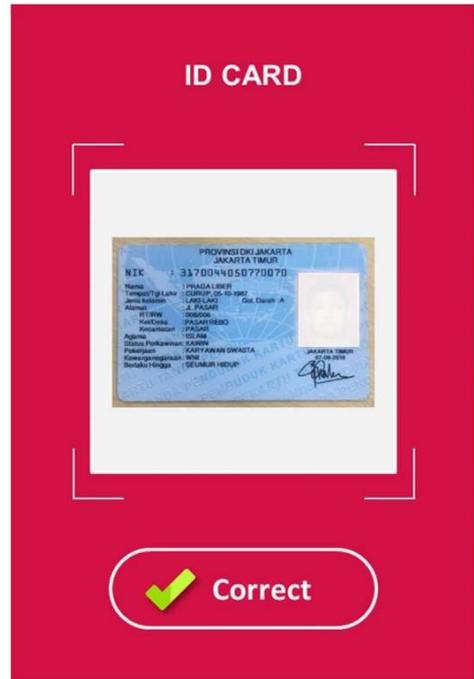
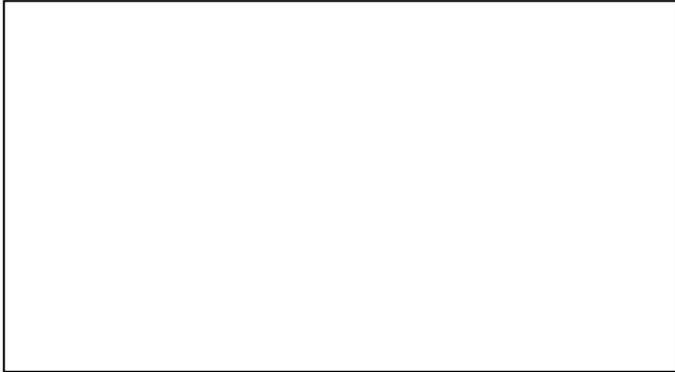


Klik & lampirkan foto Surat kehilangan dari kepolisian atau Surat Pernyataan Bermaterai

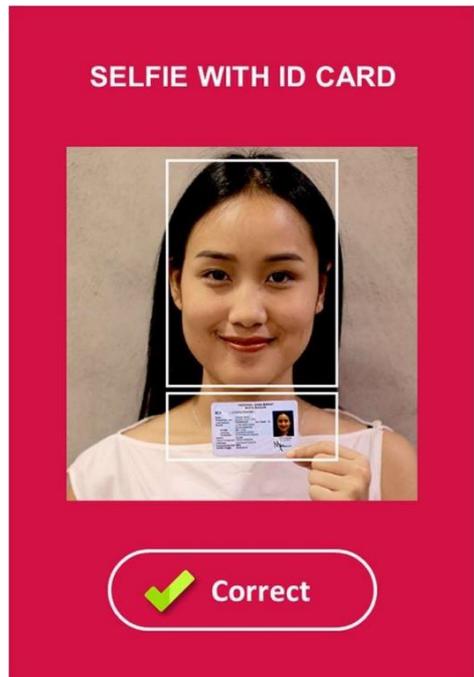
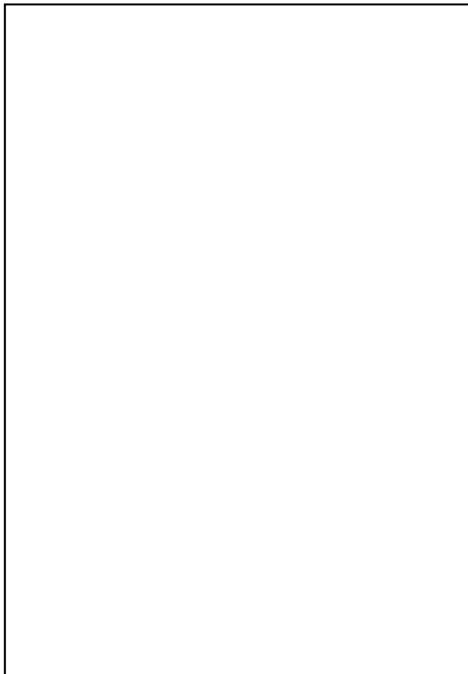


PEMEGANG POLIS

Klik & Lampirkan foto KTP/SIM/Paspor Anda



Klik & lampirkan foto Selfie Anda dengan KTP/SIM/Paspor





PERNYATAAN TANDA TANGAN
(Diisi jika ada perbedaan tanda tangan)

Nama Pemegang Polis : _____

No. Polis : _____

Alamat : _____

No. KTP/SIM/Paspor : _____

Menyatakan bahwa tanda tangan Saya pada Formulir maupun KTP/SIM/Paspor, keduanya adalah tanda tangan Saya.

Ditandatangani di :

Yang menyatakan,

Tanda tangan sesuai Formulir

Tanda tangan sesuai KTP/SIM/Paspor