



FORMULIR PERMOHONAN PERUBAHAN POLIS

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

Nomor Polis : _____

Nama Pemegang Polis/Peserta : _____

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

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

*) WNI : - Lampirkan Fotokopi KTP Pemegang Polis/Peserta yang masih berlaku (KTP/SIM/Passport)

**) WNA : - Lampirkan Fotokopi Paspor

Untuk perubahan **Alamat Rumah, Alamat Kantor, Telepon Rumah, Telepon Kantor, Handphone, Email, Periode Pembayaran (Tahunan, Enam Bulanan, Tiga Bulanan, Bulanan), Media Bayar menjadi Tunai dan Stop Debit** harap menggunakan fasilitas elektronik dengan menghubungi **Tanya "ANYA"** melalui aplikasi WhatsApp ke nomor **0811 1960 1000**.

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

Penggantian/Penambahan Data Yang Ditunjuk untuk menerima Manfaat Asuransi. (Wajib diisi *)

Nama lengkap Yang Ditunjuk**)	% ***)	Tanggal lahir	P/W ****)	Hub *****)
1. _____ Email : _____	_____	Tanggal Bulan Tahun	-	-
2. _____ Email : _____	_____	Tanggal Bulan Tahun	-	-
3. _____ Email : _____	_____	Tanggal Bulan Tahun	-	-
4. _____ Email : _____	_____	Tanggal Bulan Tahun	-	-
5. _____ Email : _____	_____	Tanggal Bulan Tahun	-	-
100%				

*) Lampirkan fotokopi (kartu keluarga,akte lahir, akte nikah) sebagai bukti pendukung.

**) Nama Yang Ditunjuk harus dicantumkan semua.

***) Persentase besarnya manfaat WAJIB DIISI secara lengkap dan benar dengan total 100%, jika persentase tidak diisi, AIA berhak membagi rata persentase ke semua Yang Ditunjuk. Penerima wakaf dan besarnya persentase Wakaf tidak dapat diubah (sesuai Janji dan Ikrar Wakaf Wasiat Polis yang diisi saat pengajuan Polis)

****) Keterangan P/W adalah : P = Pria W=Wanita

*****) Keterangan hubungan dengan Calon Tertanggung/Pihak Yang Diasuransikan :

1 = Suami/Istri 2 = Anak 3 = Orangtua 4 = Saudara Kandung 5 = Wakaf (Khusus produk Asuransi Syariah)

6 = Lainnya, jelaskan : _____ (wajib melampirkan fotokopi legalitas hukum atas hubungan dengan Pemegang Polis/Peserta)

Penggantian Pemegang Polis/Peserta
(tidak berlaku untuk LEP, Rezeki Junior, Privasi Anakku, EduSave, Bahagia Buah Hati, EduPlan dan Rider (Payor Waiver dan Spouse Waiver)).

Nama Pemegang Polis/Peserta Baru : _____

No.KTP/SIM/Paspor : _____

Tempat/Tanggal Lahir : _____
Tanggal Bulan Tahun

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

Apakah Anda mempunyai : Paspor Amerika Serikat Green Card Amerika Serikat

*) WNI : - Lampirkan Fotokopi Identitas Pemegang Polis/Peserta yang masih berlaku (KTP/SIM/Passport).

**) WNA : - Lampirkan Fotokopi Paspor dan KIMS/KITAS/KITAP.

- Isi *Foreigner 's Questionnaire Form*.

Jenis Kelamin : Pria Wanita Status Perkawinan : Belum Menikah Menikah Janda/Duda

Hubungan dengan Pemegang/Peserta Polis Lama : Suami/Istri *) Anak Orangtua *)
 Saudara Kandung Kerja **) *) Perubahan Pemegang Polis/Peserta wajib melampirkan fotokopi legalitas hubungan dengan Pemegang Polis/Peserta lama.
**) Isi form majikan dan karyawan.

Alasan Penggantian Pemegang/Peserta Polis : _____

Pekerjaan Utama : _____

Nama Perusahaan/Instansi : _____

Bidang Usaha : _____

Jabatan: _____

Uraian Pekerjaan: _____

Kelas Pekerjaan : Kelas 1 Kelas 2 Kelas 3 Kelas 4

(Kelas pekerjaan sesuai ketentuan Underwriting di halaman 4)

Alamat Rumah : _____

Kode Pos : _____

Propinsi : _____

Negara : _____

Alamat Kantor : _____

Kode Pos : _____

Propinsi : _____

Negara : _____

Alamat korespondensi (wajib diisi) : Rumah Kantor

Telepon Rumah : _____
kode area

Telepon Kantor : _____
kode area

Handphone (Wajib diisi) : _____

E-mail (Wajib diisi) *) : _____

*) Jika Pengajuan pada formulir ini diproses dan terdapat perbedaan Email yang tertulis di formulir ini dengan yang ada pada data Kami, maka e-mail pada formulir ini akan digunakan untuk memproses pengkinian data. Dengan mengisi kolom tersebut, maka pengiriman laporan transaksi dan laporan tahunan (pada produk tertentu) atau laporan lainnya akan otomatis dikirim ke alamat email yang terdaftar.

Apakah anda hanya Wajib Pajak Indonesia ? (wajib diisi) : Ya Tidak (Jika tidak, Wajib mengisi Surat Pernyataan Diri CRS)

Nomor Pokok Wajib Pajak/NPWP (jika ada) : _____

Penghasilan kotor per tahun ¹⁾ : 1) Penghasilan kotor dari Pekerjaan Utama dan Pekerjaan Sampingan (Jika ada)

Gaji : Rp USD _____

Hasil Usaha ²⁾ : Rp USD _____

Penghasilan selain gaji dan hasil usaha ²⁾ : Rp USD _____

2) Jelaskan sumbernya : _____

Sumber Dana Pembelian Asuransi : _____

Penggantian Tertanggung/Pihak Yang Diasuransikan
(khusus untuk produk dengan manfaat perlindungan anak sejak lahir / *unborn child benefit*).
Nama Tertanggung//Pihak Yang Diasuransikan Baru : _____
NIK : _____
Tempat/Tanggal Lahir : _____ Tanggal _____ Bulan _____ Tahun _____
Kewarganegaraan : WNI*) WNA**), Negara : _____
Apakah Anda mempunyai : Paspor Amerika Serikat Green Card Amerika Serikat
*) WNI : - Lampirkan Fotokopi Identitas Tertanggung/Pihak Yang Diasuransikan yang berlaku (NIK / Akta Kelahiran / Surat Kenal Lahir).
**) WNA : - Lampirkan Fotokopi Paspor dan KIMS/KITAS/KITAP atau identitas Tertanggung/Pihak Yang Diasuransikan yang berlaku.
- Isi *Foreigner 's Questionnaire Form*.
Jenis Kelamin : Pria Wanita *) Perubahan Tertanggung/Pihak Yang Diasuransikan wajib melampirkan fotokopi legalitas hubungan dengan Tertanggung/Pihak Yang Diasuransikan lama.
Hubungan dengan Tertanggung/Pihak Yang Diasuransikan Lama : Anak

Catatan:

- Dalam hal perubahan pertanggung dari Tertanggung//Pihak Yang Diasuransikan Sementara ke anak yang baru dilahirkan (Tertanggung/Pihak Yang Diasuransikan), maka:
 - Pemegang Polis/Peserta wajib mengisi Formulir Permohonan Perubahan Polis secara lengkap dan benar disertai surat/akte kelahiran anak dan memberitahukan kepada Penanggung/Pengelola selambat-lambatnya 90 (sembilan puluh) hari kalender sejak tanggal kelahiran.
 - Apabila Formulir Permohonan Perubahan Polis dan/atau keterangan atau pernyataan dalam dokumen tertulis sebagai dasar pengajuan perubahan Tertanggung belum Penanggung/Pengelola terima hingga maksimal pada ulang Tahun Polis pertama, maka Penanggung/Pengelola berhak membatalkan Polis ini dan akan mengembalikan kepada Pemegang Polis/Peserta sebesar Premi/Kontribusi yang sudah dibayarkan.
- Apabila keterangan/pernyataan jenis kelamin atas anak yang baru dilahirkan (Tertanggung/Pihak Yang Diasuransikan) berbeda dengan Surat Pengajuan Asuransi Jiwa dan/atau dokumen lain (jika ada), maka Penanggung/Pengelola dapat melakukan penyesuaian atas Premi/Kontribusi yang seharusnya dibayarkan sesuai dengan jenis kelamin yang sebenarnya, dan perhitungannya dimulai dari Tanggal Berlaku Polis, serta menagih kekurangan atau mengembalikan kelebihan pembayaran Premi/Kontribusi berdasarkan hasil penyesuaian tersebut.

Perubahan Data Pemegang Polis (Peserta)/ Tertanggung (Pihak Yang Diasuransikan)/ Yang Ditunjuk.
Nama Baru Pemegang Polis (Peserta)/ Tertanggung (Pihak Yang Diasuransikan)/ Yang Ditunjuk: _____ Email : _____
Tanggal Lahir : _____ Tanggal _____ Bulan _____ Tahun _____ Perubahan Nomor Kartu Identitas Diri: KTP Paspor

Perubahan Data Pemegang Polis (Peserta)/ Tertanggung (Pihak Yang Diasuransikan)/ Yang Ditunjuk.
Nama Baru Pemegang Polis (Peserta)/ Tertanggung (Pihak Yang Diasuransikan)/ Yang Ditunjuk: _____ Email : _____
Tanggal Lahir : _____ Tanggal _____ Bulan _____ Tahun _____ Perubahan Nomor Kartu Identitas Diri: KTP Paspor

Perubahan Data Pemegang Polis (Peserta)/ Tertanggung (Pihak Yang Diasuransikan)/ Yang Ditunjuk.
Nama Baru Pemegang Polis (Peserta)/ Tertanggung (Pihak Yang Diasuransikan)/ Yang Ditunjuk: _____ Email : _____
Tanggal Lahir : _____ Tanggal _____ Bulan _____ Tahun _____ Perubahan Nomor Kartu Identitas Diri: KTP Paspor

- Catatan : - Perubahan nama dan tanggal lahir harus dibuktikan dengan Akte Kelahiran dan/atau Surat Ganti Nama dari Pengadilan.
- Perubahan Nama dan tanggal lahir Pemegang Polis (Peserta)/Tertanggung (Pihak Yang Diasuransikan) yang memiliki Kartu Kesehatan dengan status aktif WAJIB melampirkan Formulir Permohonan Pencetakan Baru/Ulang Dokumen
- Coret perubahan data yang tidak diperlukan.

Perubahan Uang Pertanggung/Santunan Asuransi *)

- Penurunan Kenaikan

Uang Pertanggung/Santunan Asuransi	Premi/Kontribusi
_____	_____
_____	_____
_____	_____
Total Premi/Kontribusi	_____

- *) - Berlaku untuk produk tertentu.
- Pengajuan harus dilakukan 2 (dua) bulan sebelum Ulang Tahun Polis.

Perubahan Komposisi Premi Deposit

Hapus Premi Deposit***) : 60 % Produk 1 *) Produk 2 **) Efektif mulai tanggal : _____

Tambah Premi Deposit : 60 % 70 % Efektif mulai tanggal : _____

Tanggal Bulan Tahun Tanggal Bulan Tahun

*) Berlaku untuk produk tradisional tertentu
 **) Berlaku untuk produk Rezeki Family dan LPP.
 ***) Berlaku untuk produk tradisional tertentu dan/atau Rezeki Family, LPP dengan tanggal mulai asuransi sampai dengan 5 Desember 2004.

Penghapusan Asuransi Tambahan (RIDER) :

*Apabila penghapusan Asuransi Tambahan dilakukan untuk tujuan mengganti Asuransi Tambahan, silakan beri penjelasan pada kolom di bawah ini :

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Pengakhiran Pertanggungjawaban Tertanggung/ Pihak Yang Diasuransikan Tambahan :

*Apabila dilakukan pengajuan pengakhiran pertanggungjawaban hanya untuk Tertanggung/Pihak Yang Diasuransikan Tambahan dan Polis tidak berakhir, pada produk berikut :

Nama Tertanggung/Pihak Yang Diasuransikan Tambahan :

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____



Vitality Program adalah program kesehatan dan kebugaran berlisensi yang dikelola dan didistribusikan oleh PT AIA FINANCIAL bagi Pemegang Polis/Peserta dan/atau Tertanggung/Pihak Yang Diasuransikan di Indonesia, yang memberikan pengetahuan, motivasi dan sebagai prasarana untuk membantu mengubah gaya hidup Tertanggung/ Pihak Yang Diasuransikan menjadi lebih sehat, hidup lebih lama, dan lebih baik

Khusus untuk Vitality Program

Saya ingin menambahkan Keanggotaan Vitality Program*) :

Polis Asuransi Tambahan (RIDER)

*) Penambahan ini hanya berlaku untuk Produk Asuransi dan Asuransi Tambahan (Rider) tertentu yang sudah Terintegrasi Vitality Program

Nama Tertanggung/Pihak Yang Diasuransikan : _____

Handphone (wajib diisi) : _____

Catatan :

Biaya Keanggotaan Vitality Program akan disesuaikan dengan cara bayar dan mata uang Polis Anda, detail sebagai berikut :

Tahun	Biaya Keanggotaan Vitality Program			
	Bulanan	Tiga Bulanan	Enam Bulanan	Tahunan
1+	Rp50.000 / USD3.5	Rp150.000 / USD10.5	Rp300.000 / USD21	Rp600.000 / USD42

Biaya Keanggotaan Vitality Program dapat berubah sewaktu-waktu tergantung pada kebijakan perusahaan dan akan diinformasikan sebelumnya.

Tertanggung/Pihak Yang Diasuransikan pada Polis Saya adalah anggota Vitality Program dan ingin menambahkan Vitality Program di Polis lain **), sebutkan :

Nomor Keanggotaan Vitality : _____

Nomor Polis : _____

Nama Tertanggung/Pihak Yang Diasuransikan : _____

Tanggal Lahir : _____

Tanggal Bulan Tahun

Handphone(Wajib diisi) : _____

**) Penambahan ini hanya berlaku untuk nama Tertanggung/Pihak Yang Diasuransikan yang sama

Saya ingin mengajukan Polis saya sebagai Polis rujukan Vitality Program dan bersedia untuk menanggung Biaya Keanggotaan Vitality Program

Nomor Keanggotaan Vitality : _____ **) Penambahan ini hanya berlaku untuk nama Tertanggung/
Pihak Yang Diasuransikan yang sama

No. Polis Rujukan Sebelumnya : _____ Handphone (wajib diisi) : _____

Nama Tertanggung/Pihak Yang Diasuransikan : _____

Keterangan :

Harap melampirkan persetujuan Pemegang Polis/Peserta dari Polis Terintegrasi Vitality yang sebelumnya terdaftar sebagai rujukan keanggotaan Vitality Program, dan melunasi total Biaya Keanggotaan Vitality Program dari Tanggal Jatuh Tempo Biaya Keanggotaan Vitality Program terakhir sampai dengan Tanggal Jatuh Tempo Biaya Keanggotaan Vitality Program sesuai Polis Terintegrasi Vitality baru.

Pembatalan/Pengakhiran Keanggotaan Vitality Program :

Nomor Keanggotaan Vitality : _____

Nama Tertanggung/Pihak Yang Diasuransikan : _____

Alasan melakukan Pembatalan/Pengakhiran : _____

Dengan melakukan Pembatalan/Pengakhiran Keanggotaan Vitality Program Anda, maka secara otomatis Keanggotaan Vitality Program atas nama Tertanggung/Pihak Yang Diasuransikan menjadi berakhir dan Biaya Keanggotaan Vitality Program sudah tidak dibebankan pada jatuh tempo berikutnya.

Saya/Kami telah membaca, mengetahui, memahami, mengerti, serta menyetujui ketentuan yang terkait dengan pembatalan/pengakhiran Keanggotaan Vitality Program yang tercantum pada Ketentuan Vitality Program untuk Polis Terintegrasi Vitality Saya dan Syarat dan Ketentuan Vitality Program yang dilekatkan dalam Aplikasi AIA Vitality Tertanggung.

Saya ingin mengajukan perubahan metode pembayaran / perubahan nomor rekening untuk *cashback* Polis Terintegrasi Vitality Program dengan data sebagai berikut: (wajib diisi lengkap)

Nomor Keanggotaan Vitality : _____

Pilihan metode pembayaran *cashback* yang diajukan : _____

Ditransfer otomatis ke rekening di bawah ini

Nama Pemilik Rekening *) : _____

Nomor Rekening : _____

Nama Bank : _____ Cabang Bank/Kota : _____

Jenis Mata Uang Rekening : Rupiah US Dollar Lainnya, sebutkan : _____

SWIFT Code/ABA/IBAN **) : _____

*) - Penerima dana harus sama dengan yang tercantum pada Data Polis Anda (Pemegang Polis/Peserta, Tertanggung/Pihak Yang Diasuransikan, Ahli Waris/Yang Ditunjuk).
- Jika penerima dana adalah Ahli Waris/Yang Ditunjuk dan bukan Tertanggung/Pihak Yang Diasuransikan atau Pemegang Polis/Peserta lain di AIA, wajib melampirkan fotokopi identitas Ahli Waris yang masih berlaku

**) Wajib diisi untuk pembayaran yang ditujukan ke bank luar negeri dan jenis mata uang rekening bank tersebut

Diakumulasikan dengan Bunga (jika ada) dan Saya melakukan pengambilan dana yang diakumulasikan tersebut (jika ada) sewaktu-waktu dengan melengkapi dokumen yang dipersyaratkan.

Saya ingin melanjutkan pembayaran Biaya Keanggotaan Vitality Program

Saya memahami bahwa dengan melanjutkan pembayaran Biaya Keanggotaan Vitality Program, ketentuan yang berlaku adalah sebagai berikut:

- Polis saya adalah produk Unitlink dengan fasilitas cuti premi/kontribusi, atau
- Polis saya adalah produk tradisional dengan status pinjaman premi otomatis (APL/Automatic Premium Loan), atau
- Polis saya sudah berakhir masa pembayaran premi/kontribusinya.

Pembayaran Biaya Keanggotaan Vitality Program selanjutnya akan mengikuti metode pembayaran premi yang telah terdaftar di sistem AIA.

Penghentian Stop Debit

Dengan pengajuan ini, maka pembayaran Premi/Kontribusi selanjutnya secara otomatis akan ditagih oleh Penanggung/Pengelola berdasarkan Periode dan Media pembayaran terakhir yang dipilih oleh Anda.

Lain-lain (jelaskan) : _____

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 Perubahan yang diajukan sesuai ketentuan Polis yang berlaku. Formulir ini dan data-data yang tercantum menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari Polis.
2. Saya/Kami mengerti bahwa Penanggung/Pengelola akan melakukan verifikasi dan berhak menolak pengajuan perubahan Polis dan Saya/Kami mengerti bahwa perubahan Polis akan berlaku apabila telah disetujui oleh Penanggung/Pengelola.
3. Saya/Kami mengerti bahwa permohonan ini hanya dapat diproses apabila Saya/Kami telah melengkapi persyaratan yang diperlukan Penanggung/Pengelola.
4. Saya/Kami mengerti bahwa setiap perubahan Premi/Kontribusi, baik Premi/Kontribusi Dasar maupun Premi/Kontribusi Deposit maupun akibat adanya perubahan Polis, akan ditagihkan oleh Penanggung/Pengelola melalui metode pembayaran terakhir yang dipilih oleh Pemegang Polis/Peserta.
5. Apabila perubahan Pemegang Polis/Peserta disetujui oleh Penanggung/Pengelola, maka Saya/Kami mengerti dan menyetujui bahwa yang berhak mengajukan seluruh transaksi terhadap Polis adalah Pemegang Polis/Peserta yang baru.
6. Dengan berakhirnya pertanggung jawaban atas Tertanggung/Pihak Yang Diasuransikan Tambahan, Saya membebaskan AIA terhadap pihak manapun namun tidak terbatas pada Ahli Waris/Penerima Manfaat Yang Ditunjuk dari segala tanggung jawab tuntutan hukum sehubungan dengan pertanggung jawaban atas Tertanggung/Pihak Yang Diasuransikan Tambahan tersebut.
7. Saya/Kami memahami, menyetujui dan bersedia menerima segala kerugian finansial maupun non-finansial yang mungkin timbul sebagai akibat kelalaian Saya/Kami baik sengaja maupun tidak sengaja dalam mengikuti prosedur permintaan pembayaran manfaat asuransi dan/atau pengembalian Premi/Kontribusi sebagaimana yang tercantum dalam ketentuan Polis dan/atau dokumen lainnya yang terkait dengan Polis.
8. 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).
9. 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.
10. 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;
 - (ii) setiap informasi yang berkaitan dengan Polis ini; dan
 - (iii) setiap informasi yang berkaitan dengan Polis-Polis lain yang dimiliki oleh Para Pihak atau satu diantaranya.
11. 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. 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 Perubahan Polis 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.
12. 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 & nama lengkap Pemegang Polis/Peserta (Lama)

Tanda tangan & nama lengkap Calon Pemegang Polis/Peserta (Baru) *)

*) Wajib dilengkapi tanda tangan Pemegang Polis/Peserta baru jika ada pengajuan Penggantian Pemegang Polis/Peserta.

Kolom catatan ini diisi oleh PT AIA FINANCIAL

PENTING

Apabila perubahan data pada Formulir ini masih perlu diperbaharui dan/atau diperbaiki, maka Anda wajib menghubungi AIA Customer Care melalui Layanan Whatsapp Tanya ANYA 0811-1960-1000

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.

INFORMASI KETERANGAN

Kelas pekerjaan (Kelas pekerjaan sesuai ketentuan: Underwriting):

Kelas 1 Bekerja di lingkungan yang tidak berisiko, hanya dalam kantor, bukan kerja fisik atau di luar ruangan.
(Contoh : tenaga kerja di bidang keuangan dan hukum, manager dan staff yang bertanggungjawab dalam pekerjaan administratif.)

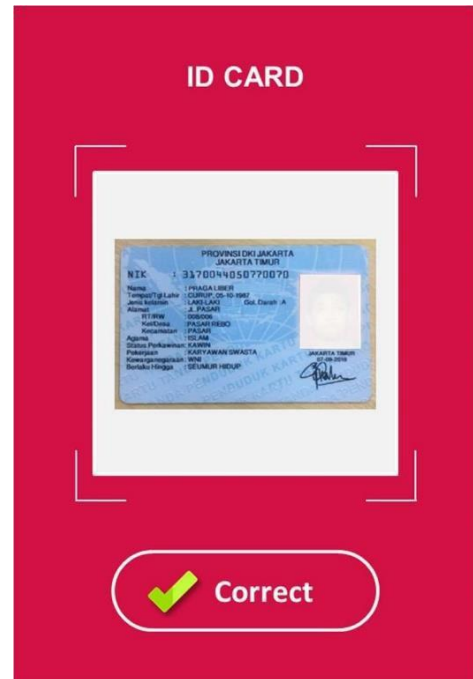
Kelas 2 Bekerja di lingkungan yang berisiko ringan, dengan keselamatan kerja yang terjamin sebagai tenaga kerja kerah putih yang sebagian besar pekerjaannya bersifat administratif dan kurang dari 15% melakukan pekerjaan fisik ringan.
(Contoh: tenaga kerja di bidang pelayanan dan jasa, industri manufaktur ringan seperti tenaga pemasar jasa keuangan, agen properti, penjaga toko/pemilik toko, ibu rumah tangga, pelajar dan sopir pribadi.)

Kelas 3 Bekerja di lingkungan yang berisiko sedang yang bersifat kerja fisik ringan, dengan keselamatan kerja yang terjamin.
(Contoh: jenis pekerjaannya seperti pekerja ahli, tenaga kerja semi terampil, di industri manufaktur ringan hingga menengah, tenaga kerja tingkat pengawas dan supervisor dalam industri manufaktur berat, sopir pengantar barang dan angkutan umum.)

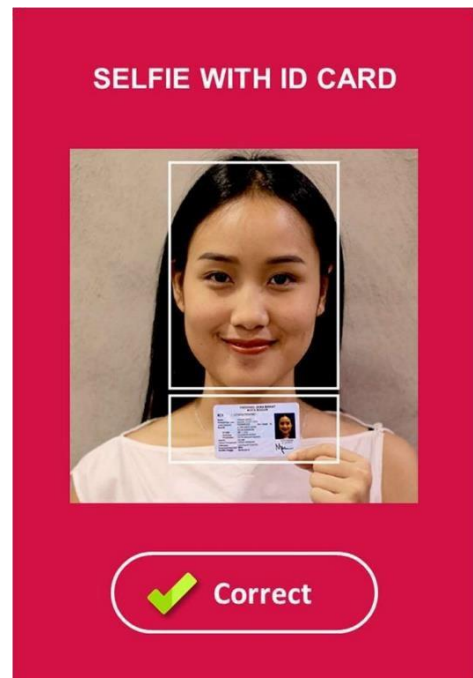
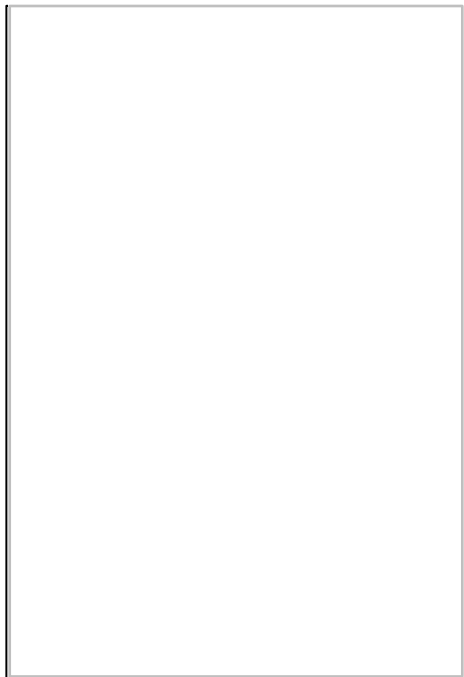
Kelas 4 Bekerja di lingkungan yang berisiko tinggi dengan keselamatan kerja yang terjamin. Jenis pekerjaannya seperti pekerja kasar, tenaga kerja terampil industri manufaktur berat, operator alat-alat berat atau berbahaya, tukang kayu, pemadam kebakaran, petani, tukang kebun, dan sopir bus/truk.

PEMEGANG POLIS

Klik & Lampirkan foto KTP/SIM/Paspor Anda



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



Lampiran Foto (Kartu Keluarga, Akte Lahir, Akte Nikah) Sebagai Bukti Pendukung*)

Upload Dokumen:

*) Untuk Permohonan Perubahan:

1. Penggantian/Penambahan Data Yang Ditunjuk untuk menerima Manfaat Asuransi
2. Penggantian Pemegang Polis/Peserta
3. Penggantian Tertanggung/Pihak Yang Diasuransikan
4. Perubahan Data Pemegang Polis (Peserta)/ Tertanggung (Pihak Yang Diasuransikan)/ Yang Ditunjuk.



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 Perubahan Polis maupun KTP/SIM/Paspor, keduanya adalah tanda tangan Saya.

Ditandatangani di :

Yang menyatakan,

Tanda tangan sesuai Formulir
Perubahan Polis

Tanda tangan sesuai KTP/SIM/Paspor