

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). |
| Saya/Kami mempunyai (jika ada) : Paspor Amerika Serikat Green Ca | ard Amerika Serikat ***) WNI :- Lampirkan Fotokopi Paspor dan KIMS/KITAS/KITAP. |
| | - Isi Foreigner's Questionnaire Form |
| ISI DAN BERIKAN TANDA ☑PADA KOTAK DI BAWAH INI, SESUAI DENGAN YANG DIINGINKAN. | |
| Apakah ada perubahan alamat korespondensi ? Ya *), mohon untuk mengisi dengan lengkap alamat yang baru di bawah ini. | |
| Tidak, mohon abaikan kolom alamat di bawah ini. | yang baru di bawan ini. |
| Alamat korespondensi : Kompleks : | |
| | |
| Jalan: | |
| Blok/Gang : | Rt/Rw: |
| Kelurahan : Kota : | Kode Pos : |
| Telepon Rumah : Telepon Kantor : | |
| | e area |
| Handphone: | |
| Email (wajib diisi) **) : | |
| *) Jika Pengajuan pada formulir ini diproses dan terdapat perbedaan data yang tertulis di formulir ini dengan ya | ang ada pada data Kami, maka data pada formulir ini akan digunakan |
| untuk memproses pengkinian data **) Dengan mengisi kolom tersebut maka pengiriman laporan transaksi dan laporan tahunan (pada pro | oduk tertentu) atau laporan lainnya akan dialihkan ke e-Connect. |
| Dengan ini Saya/Kami mengajukan permohonan pencetakan baru/ulang dokumen untuk : | ,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,, |
| Surat Polis Kartu Kesehatan | |
| | Jokumen : |
| | |
| Jenis Dokumen: Periode D | Ookumen : |
| Jenis Dokumen : Periode D | okumen : |
| Jenis Dokumen : Periode D | Ookumen : |
| 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 holeh Pemegang Polis maka wajib melampirkan surat pernyataan hilang yang ditandatangani oleh Pemegang | nlang), jika surat kehilangan dari kepolisian tidak ditandatangani Polis di atas meterai (Kecuali untuk surat) |
| - Surat/Polis yang rusak (bila terjadi kerusakan) | |
| Ditandatangani di | |
| | Tanggal Bulan Tahun |
| | |
| | |
| | |
| | |
| Tanda tangan dan nama lengkap Pemegang Polis Tanda tangan dan nama lengkap Petugas PT AIA FINANCIAL | |
| Kolom catatan ini diisi oleh PT AIA FINANCIAL | Dipresses slob : Diparities slob : |
| Catatan : | Diproses oleh : Diperiksa oleh : |
| | |
| | Nama/tanggal : Nama/tanggal : |
| | |

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.