

## FORMULIR PERUBAHAN FINANSIAL

Jangan menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong

Mohon mengisi dengan lengkap dengan menggunakan tinta hitam, huruf cetak, jelas dan memberikan tanda X pada kotak jawaban yang sesuai

PRODUK ASURANSI :  Mandiri Inhealth Critical Protection  Mandiri Inhealth Life Protection  
 Mandiri Inhealth Accident Protection  Mandiri Inhealth Hospital Cash Plan

Yang bertandatangan di bawah ini

Nama Pemegang Polis :

Nama Tertanggung :

Nomor Polis :

Alamat saat ini :

Nomor :  RT/RW  /

Kota :  Kode Pos

Nomor Telepon : Rumah :  -  Kantor :  -

HP :

Email :

Dengan ini mengajukan permohonan perubahan Polis sebagai berikut: (pilih dan beri tanda X)

Uang Pertanggungan (naik/turun)\*  Tanggal Lahir\*\*  Periode Bayar Premi Berkala (Bulanan/Triwulan/Semester/Tahunan/Sekaligus)\*  
 Masa Asuransi  Lain-lain, sebutkan .....

\* Wajib melampirkan ilustrasi perubahan

\*\* Wajib melampirkan copy identitas diri (KTP/SIM/Paspor/Kitas)

Keterangan Perubahan (wajib diisi):

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Permohonan Perubahan Finansial yang saya ajukan akan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari Polis. Saya setuju bahwa setiap perubahan sesuai dengan yang tercantum dalam permohonan perubahan ini atau catatan tambahan yang akan dilakukan oleh PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia .
2. Sehubungan dengan perubahan Polis yang saya ajukan, saya juga memberi kuasa kepada PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia untuk mengubah Polis sesuai dengan Ketentuan yang berlaku.
3. Perubahan yang saya ajukan berlaku jika permohonan ini diterima dan disetujui oleh PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia dan kewajiban pembayaran premi perubahan telah lunas (jika ada).
4. Bahwa seluruh jawaban/ informasi/ keterangan telah dibaca dan diperiksa kembali kebenarannya sebelum menandatangani Formulir Perubahan Finansial ini, sehingga saya bertanggung jawab atas segala isinya. Apabila terdapat keterangan yang tidak benar, maka saya akan tunduk pada Ketentuan Polis ini serta saya memahami bahwa jawaban dan keterangan tersebut di atas menjadi pertanggung jawaban dan tidak terpisahkan dari Polis.

Ditandatangani di :

Pemegang Polis

Tanggal :   -   -

Mengetahui Pemegang Polis Baru  
(Jika ada perubahan Pemegang Polis)

\_\_\_\_\_  
(Tanda tangan dan Nama)

\_\_\_\_\_  
(Tanda tangan dan Nama)

Mengetahui  
Nama Tenaga Penjual : .....

Kode Tenaga Penjual : .....

Tanda Tangan Tenaga Penjual : .....

Untuk semua Perubahan yang menyebabkan bertambahnya risiko wajib mengisi Formulir Pernyataan Kesehatan untuk Pengajuan Perubahan Polis.

Data yang tertera di dalam formulir pengajuan ini merupakan milik PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia, seluruh Pegawai dan Tenaga Penjual diwajibkan menjaga keamanan data dan tidak dibenarkan untuk melakukan publikasi maupun penyebaran data diluar sepengetahuan dan perizinan dari PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia. Jika formulir ini diketahui tercecer maupun tidak tersimpan dalam kondisi aman, mohon untuk dapat memberitahukan ke PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia, melalui E-mail: [pos\\_admin@mandiriinhealth.co.id](mailto:pos_admin@mandiriinhealth.co.id)