



Nomor Poli :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Formulir Penambahan Kelengkapan/ Perubahan Informasi dan Perubahan Data Polis

PENTING :

1. Formulir Penambahan Kelengkapan/Perubahan Informasi ini wajib diisi oleh Pemegang Polis dengan huruf cetak dan mohon untuk menandatangani setiap koreksi penulisan/pengisian dalam bentuk coretan. Pemegang Polis tidak dibenarkan untuk menandatangani jika formulir ini dalam keadaan kosong.
2. Pemegang Polis wajib memastikan data sama dengan Polis dan tanda tangan sesuai dengan KTP yang masih berlaku.

<input type="checkbox"/> Withdrawal	<input type="checkbox"/> Redemption	<input type="checkbox"/> Cooling Off	<input type="checkbox"/> Maturity	<input type="checkbox"/> Switching
<input type="checkbox"/> Redirection	<input type="checkbox"/> Switching & Redirection	<input type="checkbox"/> Top Up Single Premi	<input type="checkbox"/> Banker's Clause	<input type="checkbox"/> Duplicate Polis
<input type="checkbox"/> Top Up Berkala	<input type="checkbox"/> Premium Holiday	<input type="checkbox"/> Perubahan Pemegang Polis	<input type="checkbox"/> Pemulihan Polis	<input type="checkbox"/> Frekuensi Pembayaran
<input type="checkbox"/> Penambahan/ Pengurangan Rider	<input type="checkbox"/> Alamat	<input type="checkbox"/> Termaslahat	<input type="checkbox"/> Perubahan Data Tertanggung/ Pemegang Polis/ Termaslahat	<input type="checkbox"/> Perubahan Lainnya

Persyaratan/Dokumen yang harus diserahkan :

1. Formulir Penambahan Kelengkapan/Perubahan Informasi asli yang telah diisi lengkap dan jelas.
2. Foto copy KTP Pemegang Polis yang masih berlaku.
3. Foto copy bukti pendukung lainnya jika dibutuhkan.

Tambahan Informasi

Sehubungan dengan adanya kesalahan/kekuranglengkapan informasi/data pada formulir yang Saya/Kami ajukan sebelumnya, maka dengan ini Saya/Kami menyatakan bahwa informasi tersebut di bawah ini juga dapat dijadikan sebagai dasar untuk perubahan Polis maupun penarikan dana.

Menyatakan penambahan/perubahan informasi sebagai berikut :

DIISI OLEH PETUGAS

Tanggal Terima :

--	--	--	--	--	--	--	--

Nama Penerima :

PBC NON PBC

Pernyataan

Dengan ini Saya/Kami menyatakan dan menyetujui bahwa :

- 1) Semua kelengkapan dan jawaban atas pertanyaan yang tertulis pada Formulir Penambahan/Perubahan Informasi ini adalah sesuai dengan keadaan Saya/Kami yang sebenarnya dan telah Saya/Kami jawab dengan lengkap dan benar.
- 2) Apabila masih ada pernyataan yang belum lengkap, tidak tepat, salah, atau ada bagian yang tidak perlu dituliskan, maka PT AXA Mandiri Financial Services berhak untuk membatalkan Polis sesuai dengan ketentuan dalam Polis.
- 3) PT AXA Mandiri Financial Services tidak akan Saya/Kami libatkan atas segala dampak dari pernyataan yang telah dituliskan di atas kecuali hanya kepada semua nama yang tertulis dalam Polis dan Formulir Penambahan Kelengkapan/Perubahan Informasi Polis ini.

Ditandatangani di :

Tanggal :
(dd/mm/yyyy)

Yang Menyatakan,

(Tanda Tangan dan Nama lengkap Pemegang Polis)

(Tanda Tangan dan Nama lengkap Tertanggung)

WAJIB DIISI OLEH FINANCIAL ADVISOR (FA) YANG MEMBANTU :

Kode FA :

Nama FA :

Cabang :

No. Telepon (termasuk kode wilayah) :

:

Alamat Email :

:

Untuk Kepentingan Kantor Pusat :