

Nomor Polis

Pilihan Produk

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mandiri Inhealth Critical Protection | <input type="checkbox"/> Mandiri Inhealth Hospital & Surgery Protection |
| <input type="checkbox"/> Mandiri Inhealth Accident Protection | <input type="checkbox"/> Mandiri Inhealth MyCare Ultimate               |
| <input type="checkbox"/> Mandiri Inhealth Life Protection     |   |

## FORMULIR PERUBAHAN NON FINANSIAL

1. Pemegang Polis dan/atau Tertanggung wajib memberikan data dan informasi yang dibutuhkan dalam permintaan asuransi dengan benar dan lengkap sesuai dengan keadaan sebenarnya.
2. Formulir ini wajib diisi oleh Pemegang Polis dan/atau Tertanggung menggunakan tinta hitam, dengan huruf kapital, dan tandai (x) dalam kotak jawaban yang sesuai, dan Pemegang Polis dan/atau Tertanggung mohon untuk menandatangani setiap koreksi penulisan/pengisian dalam bentuk coretan sesuai dengan identitas yang masih berlaku yang dilampirkan.
3. Pemegang Polis dan/atau Tertanggung tidak dibenarkan untuk menandatangani jika formulir ini dalam keadaan kosong.

### DATA PEMEGANG POLIS

Nama Pemegang Polis*	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="text"/>	Tinggi Badan <input type="text"/> cm
		<input type="text"/>	Berat Badan <input type="text"/> kg
Alamat Korespondensi*	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Sesuai eKTP <input type="checkbox"/> Domisili tidak sesuai eKTP <input type="checkbox"/> Kantor	
		<input type="text"/>	
		<input type="text"/>	
		RT <input type="text"/> RW <input type="text"/> Kelurahan <input type="text"/>	
		Kecamatan <input type="text"/> Kota <input type="text"/>	
		Provinsi <input type="text"/> Kode Pos <input type="text"/>	
Nomor Telpon Seluler	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="text"/>	
Nomor Telpon Rumah	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="text"/>	
Nomor Telpon Kantor	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="text"/>	
Alamat Surat Elektronik	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="text"/>	
		<input type="text"/>	
Pekerjaan	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="text"/>	
		Nama Perusahaan <input type="text"/>	
		Posisi/Jabatan <input type="text"/>	
		Bidang Usaha <input type="text"/>	

### DATA TERTANGGUNG

Nama Tertanggung*	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="text"/>	Tinggi Badan <input type="text"/> cm
		<input type="text"/>	Berat Badan <input type="text"/> kg
Alamat Korespondensi*	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Sesuai eKTP <input type="checkbox"/> Domisili tidak sesuai eKTP <input type="checkbox"/> Kantor	
		<input type="text"/>	
		<input type="text"/>	
		RT <input type="text"/> RW <input type="text"/> Kelurahan <input type="text"/>	
		Kecamatan <input type="text"/> Kota <input type="text"/>	
		Provinsi <input type="text"/> Kode Pos <input type="text"/>	
Nomor Telpon Seluler	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="text"/>	
Nomor Telpon Rumah	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="text"/>	
Nomor Telpon Kantor	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="text"/>	
Alamat Surat Elektronik	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="text"/>	
		<input type="text"/>	
Pekerjaan	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="text"/>	
		Nama Perusahaan <input type="text"/>	
		Posisi/Jabatan <input type="text"/>	
		Bidang Usaha <input type="text"/>	

\* Wajib melampirkan salinan identitas (eKTP)

%

Nomor Polis

**DATA AHLI WARIS**

	Nama	Tanggal Lahir	Jenis Kelamin	Hubungan	Persentase
Ahli Waris 1	<input type="checkbox"/> Ya <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Laki-Laki	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="text"/>	- <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Perempuan	<input type="text"/>	
	Keterangan <input type="text"/>				
Ahli Waris 2	<input type="checkbox"/> Ya <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Laki-Laki	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="text"/>	- <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Perempuan	<input type="text"/>	
	Keterangan <input type="text"/>				
Ahli Waris 3	<input type="checkbox"/> Ya <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Laki-Laki	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="text"/>	- <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Perempuan	<input type="text"/>	
	Keterangan <input type="text"/>				

**DATA PEMBAYARAN PREMI**

PERHATIAN! PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia tidak menerima pembayaran melalui Agen Asuransi.

1. Cara Bayar  Tahunan  Semester  Triwulanan\*\*  Bulanan\*\*

2. Metode Pembayaran Premi Lanjutan  Autodebet Kartu Kredit  Autodebet Rekening\*\*\*\*  Transfer VA\*\*\*

3. Data Rekening/Kartu Kredit\*\*\*\*\*

Nama Pemilik Rekening/Kartu Kredit

Nomor Rekening

Nomor Kartu Kredit

\*\* Wajib menggunakan metode bayar Autodebet Rekening/Autodebet Kartu Kredit  
 \*\*\* Wajib melampirkan Surat Kuasa Debet Rekening (SKDR)  
 \*\*\*\* Pembayaran premi asuransi akan dianggap sah apabila sudah diterima penuh oleh Inhealth  
 \*\*\*\*\* Isi sesuai dengan pilihan pada Metode Pembayaran Premi Lanjutan

**PERNYATAAN DAN KUASA PEMEGANG POLIS DAN TERTANGGUNG**

Saya/Kami dengan ini menyatakan, memahami dan menyetujui bahwa:

- Formulir ini hanya dapat digunakan untuk satu (1) nomor Polis.
- Dokumen yang telah diisi lengkap dan benar harus sudah diterima oleh Kantor Pusat PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia ("Penanggung") bagian Departemen Policy Servicing paling lambat pukul 14.00 untuk diproses dihari yang sama.
- Apabila dokumen yang diterima tidak lengkap dan benar, maka permohonan akan diproses saat kelengkapan dokumen terakhir diterima sesuai batas waktu yang ditetapkan.
- Formulir ini berlaku selama 30 hari kalender dihitung sejak ditandatangani oleh Pemegang Polis sampai diterima oleh Kantor Pusat Penanggung. Apabila dokumen diterima melebihi 30 hari kalender, maka formulir ini tidak dapat diproses. Pemegang Polis dapat mengajukan ulang menggunakan formulir baru beserta kelengkapan dokumen pendukung.
- Semua biaya yang timbul berkaitan dengan perpanjangan Polis merupakan beban dan tanggungan Pemegang Polis atau Pembayar Premi.
- Seluruh ketentuan dalam Polis dan Formulir ini serta biaya dan/atau pajak yang timbul terkait pengajuan transaksi pada formulir ini.
- Semua Informasi dari kelengkapannya yang tertera dan terkait dengan pengajuan transaksi pada Formulir ini adalah lengkap dan benar. Apabila ditemukan kekeliruan atau terdapat penipuan dalam informasi pada Formulir ini, maka saya bersedia bertanggung jawab secara hukum dan membebaskan Penanggung beserta afliasinya dari segala tuntutan dari pihak manapun dan Penanggung berhak menolak pengajuan transaksi pada Formulir ini.
- Perubahan yang Saya/Kami ajukan berlaku jika permohonan ini disetujui oleh Penanggung.

Ditandatangani di   -  -  (tgl/bln/thn)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pemegang Polis	Tertanggung	Orang Tua/Wali bila Tertanggung < 17 Tahun	Saksi (Agen)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nama Jelas	Nama Jelas	Nama Jelas	Nama Jelas