

Pilihan Produk

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mandiri Inhealth Hospital Cash Plan | <input type="checkbox"/> Indonesia Travel Covid Insurance |
| <input type="checkbox"/> Mandiri Inhealth Accident Protection | <input type="checkbox"/> Mandiri Inhealth MyCare Ultimate |
| <input type="checkbox"/> Mandiri Inhealth Life Protection | <input type="checkbox"/> MIFG My Managed Care |

FORMULIR PERUBAHAN POLIS

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.
4. Pengajuan perubahan data pada masa periode polis berjalan yang mengakibatkan adanya perubahan pada premi dan/atau manfaat pertanggungan akan efektif berlaku saat perpanjangan polis.

INFORMASI DATA PRIBADI

Nomor Polis

Nama Pemegang Polis

Nama Tertanggung

Dengan ini mengajukan perubahan data : Pemegang Polis Tertanggung

Catatan: Mohon diisi hanya untuk data yang berubah, apabila Pemegang Polis juga merupakan Tertanggung mohon hanya mengisi section perubahan data Pemegang Polis

PERUBAHAN DATA PEMEGANG POLIS

Alasan Perubahan

Nama Lengkap*

Kewarganegaraan WNI WNA Tipe Identitas KTP Paspor

Nomor Identitas*

Tempat, Tanggal Lahir (tgl-bln-thn)* , - -

Nama Gadis Ibu Kandung

Jenis Kelamin* Pria Wanita

Status Perkawinan Kawin Belum Kawin Cerai Hidup Cerai Mati

Alamat Korepondensi* Sesuai Domisili Sesuai Identitas (KTP/Paspor) Kantor/Usaha

RT RW Kelurahan

Kota Kecamatan

Provinsi Kode Pos

Nomor Telepon Seluler

Nomor Telepon Rumah

Nomor Telepon Kantor/Usaha

Alamat Surat Elektronik

Pekerjaan

Nama Perusahaan

Posisi/Jabatan

Jenis Usaha

Hubungan dengan Tertanggung Suami/Istri Orang Tua/Anak Kakek/Nenek/Cucu Paman/Keponakan
(Pilih Salah Satu) Pemberi Kerja/Karyawan Saudara Kandung Lainnya: _____

* Wajib melampirkan salinan identitas (KTP atau Akta Kelahiran/Kartu Keluarga/Paspor/Surat Adopsi apabila hubungan dengan Tertanggung adalah Anak)

PERUBAHAN DATA TERTANGGUNG

Alasan Perubahan _____

Nama Lengkap* _____

Nomor BPJS Kesehatan Aktif** _____

Kewarganegaraan WNI WNA Tipe Identitas KTP Paspor

Nomor Identitas* _____

Tempat, Tanggal Lahir (tgl-bln-thn)* _____, ____ - ____ - ____

Nama Gadis Ibu Kandung _____

Jenis Kelamin* Pria Wanita

Status Perkawinan Kawin Belum Kawin Cerai Hidup Cerai Mati

Pekerjaan _____

Nama Perusahaan _____

Posisi/Jabatan _____

Jenis Usaha _____

* Wajib melampirkan salinan identitas (KTP atau Akta Kelahiran/Kartu Keluarga/Paspor/Surat Adopsi apabila hubungan dengan Tertanggung adalah Anak)

** Wajib melampirkan salinan kartu BPJS

PERUBAHAN MANFAAT

***Hak Kelas BPJS Sebelumnya:**

Kelas I Top Up Kelas VIP

Kelas II Top Up Kelas I

Uang Pertanggung Sebelumnya:

Santunan Meninggal Dunia Rp _____

Santunan Meninggal Dunia akibat Kecelakaan Rp _____

****Manfaat Asuransi Sebelumnya (dalam ribuan(000))**

Plan 100 Plan 300 Plan 500 Plan 700 Plan 900

Plan 200 Plan 400 Plan 600 Plan 800 Plan 1000

*****Manfaat Asuransi Sebelumnya :**

Kelas VIP

Kelas I

*****Manfaat Pilihan Sebelumnya:**

Santunan Meninggal Dunia karena Sakit/alami atau Kecelakaan

Santunan Harian Rawat Inap di Rumah Sakit

***Hak Kelas BPJS Menjadi:**

Kelas I Top Up Kelas VIP

Kelas II Top Up Kelas I

Uang Pertanggung Menjadi:

Santunan Meninggal Dunia Rp _____

Santunan Meninggal Dunia akibat Kecelakaan Rp _____

****Manfaat Asuransi Menjadi (dalam ribuan(000))**

Plan 100 Plan 300 Plan 500 Plan 700 Plan 900

Plan 200 Plan 400 Plan 600 Plan 800 Plan 1000

*****Manfaat Asuransi Menjadi :**

Kelas VIP

Kelas I

*****Manfaat Pilihan Menjadi:**

Santunan Meninggal Dunia karena Sakit/alami atau Kecelakaan

Santunan Harian Rawat Inap di Rumah Sakit

* Perubahan hanya berlaku untuk produk MyCare Ultimate

** Perubahan hanya berlaku untuk produk Mandiri Inhealth Hospital Cash Plan

*** Perubahan hanya berlaku untuk produk MIFG My Managed Care

DATA AHLI WARIS

Ahli Waris adalah satu orang atau lebih yang ditunjuk menerima Uang Pertanggung bila Tertanggung Meninggal Dunia (Nama sesuai dengan identitas yang sah)

Ahli Waris I

Nama Lengkap _____

Tanggal Lahir (tgl-bln-thn) _____ - ____ - ____ Jenis Kelamin Pria Wanita

Hubungan (pilih salah satu)

Suami Orang Tua

Istri Saudara Kandung

Anak Persentase _____ %

Ahli Waris II

Nama Lengkap _____

Tanggal Lahir (tgl-bln-thn) _____ - ____ - ____ Jenis Kelamin Pria Wanita

Hubungan (pilih salah satu)

Suami Orang Tua

Istri Saudara Kandung

Anak Persentase _____ %

