

FORMULIR PERUBAHAN POLIS SYARIAH



Gunakan tinta hitam, huruf cetak yang jelas dan memberi tanda [✓] pada kotak jawaban yang dipilih.
Jika terjadi salah penulisan, coret bagian yang salah dan bubuhkan tandatangan Pemegang Polis sesuai bukti identitas diri yang dilampirkan

Saya sebagai Pemegang Polis yang bertandatangan di bawah ini:

| | | | |
|---|----------------------|----------------|----------------------|
| NOMOR POLIS | <input type="text"/> | NO. HANDPHONE | <input type="text"/> |
| NAMA PEMEGANG POLIS <small>Lampirkan fotokopi ID</small> | <input type="text"/> | | |
| ALAMAT EMAIL | <input type="text"/> | | |
| TELEPON RUMAH | <input type="text"/> | TELEPON KANTOR | <input type="text"/> |

Dengan ini mengajukan transaksi sebagai berikut:

1. DATA KORESPONDENSI

Alamat Korespondensi:

Kode POS:

Telepon Rumah:

Handphone:

Alamat Email:

2. FREKUENSI BAYAR

Frekuensi bayar yang baru:

Tahunan Kuartalan
 Semesteran Bulanan

Keterangan : lihat bagian Syarat dan Ketentuan No. 1

3. METODE BAYAR

Metode bayar yang baru:

Autodebet Rekening Virtual Account
 Autodebet Kartu Kredit

Keterangan: Perubahan dari Virtual Account ke Autodebet atau Autodebet ke Autodebet bank lain, Wajib lampirkan Surat Kuasa Pendebebanan

4. CETAK ULANG POLIS/KARTU

Polis Alasan cetak ulang
Biaya Administrasi Rp.100,000.- Rusak, lampirkan Polis/Kartu asli
 Hilang, khusus polis wajib melampirkan Surat Keterangan Kehilangan dari Kepolisian

Kartu Biaya Administrasi Rp.20,000.-

5. DATA REKENING (R) / KARTU KREDIT (KK)

(i) lampirkan fotokopi rekening; (ii) jika bukan rekening Pemegang Polis atau Termaslahat yang tercatat di dalam sistem maka wajib mengisi Formulir Beneficial Owner; (iii) wajib mengisi Formulir Surat Kuasa Pendebebanan Kartu Kredit atau Surat Kuasa Pendebebanan Rekening

Bank:

Cabang:

Nomor R/KK: Mata Uang Rupiah Lainnya, _____

Nama Pemilik R/KK:

Tipe Kartu Kredit: Visa Master BCA Card JCB Lainnya Masa Berlaku Bln / Thn

Hubungan dengan Pemegang Polis:

Diri sendiri Suami/Istri Anak Ayah/Ibu Saudara Kandung Lainnya, _____

6. PERUBAHAN YANG DITUNJUK (TERMASLAHAT)

| No. | Nama Lengkap | Hubungan*) | L/P | Tanggal Lahir | | | % **) |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| | | | | Tgl | Bln | Thn | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

*) Keterangan Hubungan dengan Calon Peserta : Suami, Istri, Anak, Ayah, Ibu, Kakak, Adik atau Lainnya dengan melampirkan Surat Keterangan Asuransi dan lampiran bukti pendukungnya
**) Jika tidak dinyatakan persentase besar bagian, maka diartikan dibagi secara prorata (merata)
Keterangan : lihat bagian Syarat dan Ketentuan No. 2

Unit Syariah PT. Asuransi Jiwa Generali Indonesia Formulir Perubahan Polis Syariah Agency

7. PERUBAHAN PEMEGANG POLIS

DATA CALON PEMEGANG POLIS BARU

1. Nama Lengkap:

Tidak termasuk gelar
(sesuai KTP/SIM/Paspor)

Jenis Kelamin: Pria Wanita Kewarganegaraan:

2. Alamat Rumah:

(sesuai dengan alamat yang tertera
pada identitas)

Kode POS:

3. Alamat Korespondensi:

(jika alamat rumah sebagai alamat
korespondensi tidak perlu mengisi
kolom ini)

Kode POS:

Negara Lahir:

4. Telepon Rumah:

Tempat Lahir:

5. Handphone:

Tanggal Lahir:

 tgl bln thn

6. Alamat Email:

7. Status:

Menikah Tidak Menikah Janda/Duda

Pekerjaan:

8. Jenis Identitas:

KTP SIM PASPOR Lainnya

Bidang Usaha:

9. Nomor Identitas:

10. No NPWP:

11. Nama Perusahaan:

12. Jabatan:

Uraian Pekerjaan: (contoh: Admin, dalam ruangan, alat berat, dst)

13. Hubungan dengan Peserta:

Diri Sendiri Suami/Istri Anak Ayah/Ibu
 Saudara Kandung Lainnya, sebutkan

ALASAN UBAH PEMEGANG POLIS:

PEMBAYAR KONTRIBUSI

Pemegang Polis Baru
 Peserta Utama
 Lainnya, _____

SUMBER PENGHASILAN PEMBAYAR KONTRIBUSI

Gaji
 Hasil Investasi
 Bisnis Pribadi

PENGHASILAN KOTOR PERTAHUN

Bonus/Komisi <10 juta 101-300 juta
 Lainnya, _____ 10-50 juta 301-500 juta
 51-100 juta >500 juta _____

Catatan: Jika Pemegang Polis Lama telah meninggal dunia, maka wajib melampirkan fotokopi akta kematian.

8. PERUBAHAN DATA PEMEGANG POLIS/PESERTA/TERMASLAHAT

Perubahan Data atas:

Pemegang Polis Peserta Utama Termaslahat Peserta Tambahan I / II / III / IV

Perubahan Nama:

Nama Baru

Tanggal Lahir Baru

 Tgl / Bln / Thn

Keterangan : lihat bagian Syarat dan Ketentuan No. 5

9. CUTI KONTRIBUSI

Aktivasi

Pembayaran kontribusi akan otomatis
dirubah menjadi Virtual Account

Keterangan : lihat bagian Syarat dan Ketentuan No. 3

Non Aktivasi

Untuk memastikan Nilai Polis tetap terjaga, mohon
melakukan pembayaran kontribusi tertunggak.

10. PEMBAYARAN KONTRIBUSI DI MUKA

Bulanan: x pembayaran

Semesteran: x pembayaran

Kuartalan: x pembayaran

Tahunan: x pembayaran

Keterangan : lihat bagian Syarat dan Ketentuan No. 4

11. PERUBAHAN MANFAAT MENINGGAL DUNIA

Naik Manfaat Meninggal Dunia

Turun Manfaat Meninggal Dunia

Wajib Lampirkan:

- Form Pernyataan Kesehatan (khusus Naik Manfaat Meninggal Dunia)
- Ilustrasi sesuai dengan pengajuan yang baru

Nomor Ilustrasi :

Keterangan:

Perubahan Manfaat Meninggal Dunia sesuai dengan ketentuan masing-masing produk

12. PERUBAHAN KONTRIBUSI

Naik Kontribusi

Turun Kontribusi

Wajib Lampirkan:

Ilustrasi sesuai dengan pengajuan yang baru

Nomor Ilustrasi :

Keterangan:

Perubahan Kontribusi dan Komposisi Kontribusi yang baru sesuai dengan ketentuan masing-masing produk

13. PERUBAHAN ASURANSI TAMBAHAN (RIDER) 14. PEMULIHAN POLIS/ REINSTATE

- Tambah Asuransi Tambahan (Rider) Naik Uang/ Manfaat Asuransi Tambahan (Rider)
 Hapus Asuransi Tambahan (Rider) Turun Uang/ Manfaat Asuransi Tambahan (Rider)

Wajib lampirkan :
1. Form Pernyataan Kesehatan (khusus untuk tambah dan/atau Naik Uang/ Manfaat Asuransi Tambahan)
2. Ilustrasi sesuai dengan pengajuan yang baru

Nomor Ilustrasi :

Keterangan:
1. Pilih sesuai dengan pengajuan
2. Perubahan Asuransi tambahan (Rider) sesuai dengan ketentuan masing-masing produk
3. Isi No 15 untuk penambahan Asuransi Tambahan (Rider) untuk Peserta tambahan baru

Keterangan:

- 1. Wajib lampirkan Form Pernyataan Kesehatan
- 2. Wajib melunasi Kontribusi tertunggak sesuai dengan ketentuan masing-masing produk

15. PENAMBAHAN PESERTA TAMBAHAN

Keterangan: Jika pilih transaksi polis no. 13, maka wajib lampirkan Formulir Pernyataan Kesehatan & ilustrasi perubahan Manfaat Asuransi yang baru

DATA CALON PESERTA TAMBAHAN I

1. Nama Lengkap:
Tidak termasuk gelar (sesuai KTP/SIM/Paspor)

Jenis Kelamin: Pria Wanita Kewarganegaraan:

2. Status: Menikah Tidak Menikah Janda/Duda

3. Jenis Identitas: KTP SIM PASPOR Negara Lahir:
 AKTA LAHIR Lainnya Tempat Lahir:

4. Nomor Identitas: Tanggal Lahir: tgl bln thn

5. Nomor NPWP: Bidang Usaha:

6. Pekerjaan:

7. Nama Perusahaan/Sekolah:

8. Jabatan: Uraian Pekerjaan: *(contoh: Admin, dalam ruangan, alat berat, dst)*

9. Hubungan Peserta Tambahan I dengan Peserta Utama Suami/Istri Anak Ayah/Ibu

DATA CALON PESERTA TAMBAHAN II

1. Nama Lengkap:
Tidak termasuk gelar (sesuai KTP/SIM/Paspor)

Jenis Kelamin: Pria Wanita Kewarganegaraan:

2. Status: Menikah Tidak Menikah Janda/Duda

3. Jenis Identitas: KTP SIM PASPOR Negara Lahir:
 AKTA LAHIR Lainnya Tempat Lahir:

4. Nomor Identitas: Tanggal Lahir: tgl bln thn

5. Nomor NPWP: Bidang Usaha:

6. Pekerjaan:

7. Nama Perusahaan/Sekolah:

8. Jabatan: Uraian Pekerjaan: *(contoh: Admin, dalam ruangan, alat berat, dst)*

9. Hubungan Peserta Tambahan II dengan Peserta Utama Suami/Istri Anak Ayah/Ibu

DATA CALON PESERTA TAMBAHAN III

1. Nama Lengkap:
Tidak termasuk gelar (sesuai KTP/SIM/Paspor)

Jenis Kelamin: Pria Wanita Kewarganegaraan:

2. Status: Menikah Tidak Menikah Janda/Duda

3. Jenis Identitas: KTP SIM PASPOR Negara Lahir:
 AKTA LAHIR Lainnya Tempat Lahir:

4. Nomor Identitas: Tanggal Lahir: tgl bln thn

5. Nomor NPWP: Bidang Usaha:

6. Pekerjaan:

7. Nama Perusahaan/Sekolah:

8. Jabatan: Uraian Pekerjaan: *(contoh: Admin, dalam ruangan, alat berat, dst)*

9. Hubungan Peserta Tambahan III dengan Peserta Utama Suami/Istri Anak Ayah/Ibu

DATA CALON PESERTA TAMBAHAN IV

1. Nama Lengkap: Tidak termasuk gelar (sesuai KTP/SIM/Paspor)

Jenis Kelamin: Pria Wanita Kewarganegaraan:

2. Status: Menikah Tidak Menikah Janda/Duda

3. Jenis Identitas: KTP SIM PASPOR Negara Lahir:
 AKTA LAHIR Lainnya Tempat Lahir:

4. Nomor Identitas: Tanggal Lahir: tgl bln thn

5. Nomor NPWP: Bidang Usaha:

6. Pekerjaan:

7. Nama Perusahaan/Sekolah:

8. Jabatan: Uraian Pekerjaan: (contoh: Admin, dalam ruangan, alat berat, dst)

9. Hubungan Peserta Tambahan IV dengan Peserta Utama Suami/Istri Anak Ayah/Ibu

16. WAKAF*)

*) Diisi apabila Pemegang Polis mengajukan Wakaf dan wajib melampirkan ilustrasi sesuai dengan pengajuan yang baru

Pada hari ini, tanggal bulan tahun

Saya berjanji (wa'd mulzim) untuk mewakafkan (pilih salah satu atau kedua-duanya) :

Wakaf Manfaat Hidup (Manfaat Investasi) Wakaf Manfaat Asuransi (Meninggal Dunia)

Dengan nilai yang tertera dan ketentuan sebagai berikut:

Wakaf Manfaat Hidup (Manfaat Investasi)

- Jumlah maksimal Wakaf Manfaat Hidup (Manfaat Investasi) adalah sebesar 30% dari Kontribusi Top Up Berkala dan/atau Kontribusi Top Up Sekaligus setelah dikurangi dengan Biaya Akuisisi Kontribusi Top Up Berkala dan/atau Kontribusi Top Up Sekaligus.
- Nilai Wakaf yang diinvestasikan sesuai dengan Jenis Dana Investasi sebagaimana tercantum pada Ikhtisar Polis atau Perubahan Polis, mana yang paling akhir.
- Wakaf Manfaat Hidup akan ditunaikan dari Nilai Wakaf setiap lima tahun sekali dimulai dari Ulang Tahun Polis ke-5 sejak Tanggal Terbit Polis atau Ulang Tahun Polis tercapai saat Wakaf Manfaat Hidup diaktifkan.
- Nilai Wakaf dapat menjadi 0 (nol) apabila tidak ada lagi pembayaran Kontribusi Top Up Berkala dan/atau Kontribusi Top Up Sekaligus setelah Wakaf Manfaat Hidup dilaksanakan.
- Dalam hal Polis tidak aktif atau terjadi penebusan Polis atau terjadi risiko Meninggal Dunia atas Peserta Polis, sisa Nilai Wakaf dilaksanakan sesuai dengan ketentuan yang diatur oleh PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia.
- Jumlah Wakaf Manfaat Hidup (Manfaat Investasi) yang telah ditentukan pada Wa'd Wakaf ini bersifat tetap selama Masa Asuransi.
- Dalam hal terjadi perubahan Pemegang Polis selama Masa Asuransi, maka Pemegang Polis baru wajib melengkapi kembali Wa'd Wakaf ini.
- Wakaf Manfaat Hidup (Manfaat Investasi) disalurkan melalui Nazhir, yaitu Dompot Dhuafa, Dewan Masjid Indonesia Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta atau lembaga lain yang memiliki kewenangan hukum untuk menyalurkan wakaf dan telah ditunjuk oleh PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia.
- Wa'd Wakaf ini menjadi satu kesatuan dengan dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis.

Wakaf Manfaat Asuransi (Meninggal Dunia)

- Jumlah maksimal Wakaf Manfaat Asuransi (Meninggal Dunia) adalah sebesar 45% dari Manfaat Meninggal Dunia Asuransi Tambahan Term Life-PLAN 99 Syariah sebagaimana tercantum pada Ikhtisar Polis atau Perubahan Polis, mana yang paling akhir.
- Wakaf Manfaat Asuransi (Meninggal Dunia) dilaksanakan pada saat klaim Meninggal Dunia telah disetujui untuk diberikan oleh PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia. Tidak ada Wakaf Manfaat Asuransi (Meninggal Dunia) yang akan diberikan apabila Asuransi Tambahan Term Life-PLAN 99 Syariah dalam keadaan tidak aktif atau Polis telah ditebus (surrender) oleh Pemegang Polis.
- Jumlah Wakaf Manfaat Asuransi (Meninggal Dunia) yang telah ditentukan pada Wa'd Wakaf ini bersifat tetap, tidak dapat diturunkan atau dihapus selama Masa Asuransi.
- Pelaksanaan Wa'd Wakaf Manfaat Asuransi (Meninggal Dunia) ini telah disetujui oleh Termaslahat/ahli waris sebagaimana persetujuan terlampir. Dalam hal terjadi perubahan Termaslahat/ahli waris selama Masa Asuransi, maka Peserta dan calon Termaslahat/ahli waris baru wajib melengkapi kembali Wa'd Wakaf ini.
- Apabila dikemudian hari ada Termaslahat/ahli waris yang belum dicantumkan tidak setuju atau terjadi perselisihan, maka Wa'd Wakaf ini tidak bisa dibatalkan.
- Wakaf Manfaat Asuransi (Meninggal Dunia) akan disalurkan melalui Nazhir, yaitu Dompot Dhuafa atau Dewan Masjid Indonesia Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta atau lembaga lain yang memiliki kewenangan hukum untuk menyalurkan wakaf dan telah ditunjuk oleh PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia
- Wa'd Wakaf ini menjadi satu kesatuan dengan dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis.

Demikian Wa'd Wakaf ini Saya buat dengan sebenarnya dalam keadaan sehat jasmani dan rohani, serta tidak ada paksaan dari pihak manapun dan telah mendapat persetujuan dari pihak Termaslahat/ahli waris atau calon Termaslahat/ahli waris. Pernyataan ini dapat dipertanggungjawabkan sesuai hukum yang berlaku.

(.....) (.....)
Nama Lengkap & Tanda Tangan Pemegang Polis Nama Lengkap Peserta Utama **)

Menyetujui (Termaslahat/calon Termaslahat/ahli waris)**)

| | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| TTD & Nama Lengkap Termaslahat I **) | TTD & Nama Lengkap Termaslahat II **) | TTD & Nama Lengkap Termaslahat III **) | TTD & Nama Lengkap Termaslahat IV **) |

**) - Apabila Pemegang Polis/Peserta Utama mengajukan Wakaf Manfaat Asuransi (Meninggal Dunia)
- Apabila para pihak yang tersebut pada Wa'd Wakaf ini berusia kurang dari 18 tahun, maka tanda tangan dapat diwakilkan oleh Wali dari pihak tersebut.

TERKAIT FATCA (FOREIGN ACCOUNT TAX COMPLIANCE ACT)

1. Apakah Pemegang Polis memiliki (i) Kewarganegaraan Amerika Serikat; (ii) Status Permanent Resident/US Green Card Holder Ya Tidak
2. Selain informasi di atas apakah Pemegang Polis (i) Memiliki Alamat/domisili di Amerika Serikat; (ii) Memiliki No.telepon/telex/fax/ email Amerika Serikat; (iii) Memiliki Rekening pada Bank di Amerika Serikat Ya Tidak
3. Apakah Perusahaan sebagai Pemegang Polis (i) Didirikan di Amerika Serikat; (ii) Memiliki pemegang saham berkewarganegaraan/ merupakan perusahaan Amerika Serikat; (iii) Merupakan grup perusahaan Amerika Serikat; (iv) Memiliki No.telepon/telex/fax/ email Amerika Serikat; (v) Memilliki surat kuasa kepada orang Amerika Serikat Ya Tidak
4. Apakah salah satu dari Yang Ditunjuk (Termaslahat) memiliki (i) Kewarganegaraan Amerika Serikat; (ii) Memiliki status permanent resident/ US Green Card Holder? Ya Tidak
5. Selain informasi diatas apakah salah satu dari Yang Ditunjuk (Termaslahat) (i) Memiliki alamat/domisili di Amerika Serikat; (ii) Memiliki No. telepon/ telex/fax/email Amerika Serikat; (iii) Memiliki rekening pada Bank di Amerika Serikat; (iv) Lahir di Amerika Serikat? Ya Tidak

SYARAT DAN KETENTUAN

1. Untuk transaksi perubahan frekuensi bayar, dari skala kecil ke besar, maka kekurangan Kontribusi wajib dibayarkan dahulu oleh Pemegang Polis dan mengisi pengajuan pembayaran Kontribusi dimuka pada formulir ini. Untuk pembayaran dari skala besar ke kecil maka tidak ada kekurangan Kontribusi dan pengajuan diajukan saat ulang bulan penagihan Kontribusi frekuensi lama (skala paling kecil adalah bulanan, dan skala paling besar adalah tahunan).
2. Untuk transaksi ubah Yang Ditunjuk (Termaslahat), apabila jumlah Yang Ditunjuk melebihi kolom yang tersedia, dapat dituliskan pada Formulir Surat Pernyataan Perubahan Pelayanan Polis dan ditandatangani oleh Pemegang Polis. Jika persentase tidak diisi, maka persentase pembagian akan diberikan secara prorata.
3. Untuk transaksi Cuti Kontribusi (*Contribution Holiday*), dengan mengaktifkan fasilitas ini maka secara otomatis Anda mengajukan perubahan metode bayar menjadi virtual account dan Pendebeban Kontribusi Polis Anda akan dihentikan oleh PT AJ Generali Indonesia dan Polis dinyatakan tetap berlaku sepanjang nilai polis yang ada cukup untuk membayar Biaya Asuransi. Dengan memilih Non aktivasi Cuti Kontribusi, maka pembayaran Kontribusi berikutnya akan otomatis ditagihkan oleh PT AJ Generali Indonesia berdasarkan Frekuensi Bayar dan Metode Bayar terakhir yang tercatat di sistem PT AJ Generali Indonesia. Polis tetap berlaku sepanjang Nilai Polis yang ada cukup untuk membayar Biaya Asuransi.
4. Untuk transaksi Pembayaran Kontribusi Dimuka, seluruh Kontribusi yang dibayarkan dimuka tersebut akan dibelikan unit dengan Harga Unit hari berikutnya (T+1) setelah disetujui dan mengikuti ketentuan dari PT AJ Generali Indonesia. Jika polis dibatalkan sesuai ketentuan umum polis sebelum tanggal yang tertera pada kolom jatuh tempo pengajuan transaksi pembayaran Kontribusi dimuka, maka Pemegang Polis tidak berhak meminta pengembalian Kontribusi untuk sisa periode setelah tanggal polis dibatalkan.
5. Untuk Perubahan Data, hanya untuk satu orang dalam satu Nomor Polis, apabila lebih dari satu orang maka perubahan selanjutnya dengan mengisi kembali Formulir Perubahan Polis dengan nomor polis yang sama. Wajib melampirkan dokumen pendukung untuk membuktikan bahwa data yang diajukan adalah benar, seperti Akte Ganti Nama yang ditetapkan oleh Pengadilan Negeri maupun Akte Kelahiran.

PERNYATAAN DAN KUASA

Saya yang bertandatangan dibawah ini menyatakan bahwa:

1. Saya/Kami sendiri yang menandatangani formulir ini setelah formulir ini terisi lengkap dan benar serta telah melampirkan fotokopi KTP/identitas lain yang masih berlaku.
2. Saya/Kami mengetahui bahwa transaksi Polis yang Saya/Kami ajukan ini menjadi batal apabila keterangan, pernyataan atau pemberitahuan yang disampaikan ternyata keliru yang sifatnya sedemikian rupa sehingga asuransi dan/atau transaksi yang Saya/Kami ajukan ini tidak akan diadakan atau tidak diadakan dengan syarat-syarat yang sama bila Pengelola mengetahui keadaan yang sesungguhnya dari hal itu.
3. Saya/Kami mengetahui bahwa transaksi Polis yang Saya/Kami ajukan ini memungkinkan diproses dengan mengikuti prosedur *underwriting* dimana terdapat kemungkinan untuk diminta melakukan pemeriksaan kesehatan atau persyaratan lain dan semua biaya yang timbul dari pemeriksaan kesehatan tersebut menjadi tanggungan Saya/Kami.
4. Saya/Kami mengetahui bahwa apabila ternyata Saya/Kami melakukan pemeriksaan kesehatan atau mengajukan klaim sebelum transaksi pengajuan yang saya/kami ajukan ini disetujui tanpa adanya pemberitahuan ke Pengelola, dimana hasil pemeriksaan atau data pada klaim tersebut dapat mempengaruhi/mengubah keputusan *underwriting*, maka pengajuan yang saya/kami ajukan ini akan ditinjau ulang oleh Pengelola dan penilaian ulang tersebut dapat menyebabkan pembatalan pengajuan yang Saya/Kami ajukan ini dan atau pembatalan Polis.
5. Saya/Kami mengetahui bahwa pengajuan transaksi yang Saya/Kami ajukan pada formulir ini, akan diproses oleh Pengelola setelah seluruh tunggakan Kontribusi beserta bunga yang diberlakukan sesuai ketentuan (jika ada) telah dilunasi.
6. Saya/Kami mengetahui bahwa untuk transaksi penambahan manfaat asuransi apabila telah disetujui oleh Pengelola maka efektif berlaku adalah pada tanggal penagihan Biaya Asuransi terdekat.
7. Saya/Kami mengerti dan memahami jika Saya/Kami melakukan transaksi Perubahan Manfaat Meninggal Dunia dan/atau Perubahan Kontribusi, maka akan mempengaruhi nilai Loyalti Bonus (jika ada) sesuai dengan ketentuan masing-masing produk.
8. Saya/Kami tidak berhak mengajukan klaim apapun untuk kejadian yang terjadi sebelum tanggal disetujuinya proses transaksi yang Saya/Kami ajukan pada formulir ini.
9. Saya/Kami memahami dan bersedia dikenakan masa tunggu atas polis Saya/Kami yang sebagai akibat dari disetujuinya pengajuan Saya/Kami, yang berlaku sejak tanggal proses disetujui oleh Pengelola.
10. Saya/Kami mengerti dan memahami jika Saya/Kami mengisi No. Telp dan Email maka PT AJ Generali Indonesia akan melakukan pengkinian data sesuai data yang tercantum pada formulir ini.
11. Saya/Kami setuju, semua bentuk pemberitahuan dan surat-menyurat akan dikirimkan melalui email (jika ada) atau alamat korespondensi sesuai dengan data yang tercatat pada Pengelola.
12. Saya/Kami memahami apabila permohonan pengajuan transaksi polis yang Saya/Kami ajukan ini tidak disetujui oleh Pengelola atau Saya/Kami tidak memenuhi syarat guna permohonan pengajuan transaksi Polis setelah 20 (dua puluh) hari sejak formulir ini diterima oleh Pengelola, maka permohonan pengajuan transaksi Polis ini dibatalkan oleh Pengelola dan Kontribusi/Biaya yang telah disetorkan ke Pengelola (jika ada) akan dikembalikan ke data rekening Pemegang Polis yang tercatat di PT AJ Generali Indonesia tanpa memberikan bunga apapun.

WAJIB DI ISI, DATA REKENING

Nama Pemilik Rekening/Kartu Kredit:

Bank : Cabang/ Unit :

No. Rekening/Kartu Kredit : Mata Uang : Rupiah

PERNYATAAN DAN KUASA

Ditandatangani di , / /

Untuk semua perubahan Polis

Hanya untuk perubahan No. 7

| | | |
|------------------|------------------|---------------------|
| Pemegang Polis | Tenaga Pemasar | Pemegang Polis Baru |
| _____ | _____ | _____ |
| TTD & Nama Jelas | TTD & Nama Jelas | TTD & Nama Jelas |

Hanya untuk perubahan No. 15

| | |
|--------------------|--------------------|
| Peserta Tambahan 1 | Peserta Tambahan 2 |
| _____ | _____ |
| TTD & Nama Jelas | TTD & Nama Jelas |
| Peserta Tambahan 3 | Peserta Tambahan 4 |
| _____ | _____ |
| TTD & Nama Jelas | TTD & Nama Jelas |

Bagian ini diisi oleh Petugas dari PT. AJ Generali Indonesia

Catatan:

Diproses Oleh:

Dicek Oleh:

Paraf/ Nama/ Tgl.

Paraf/ Nama/ Tgl.



PT. ASURANSI JIWA GENERALI INDONESIA
 Generali Tower Lantai 6
 Gran Rubina Business Park
 Kawasan Rasuna Epicentrum, Jl. H. R. Rasuna Said
 Kavling C-22, Jakarta 12940

LAYANAN PELANGGAN
 Telepon - 1500037
 Email : care@generali.co.id