

# FORMULIR PERUBAHAN POLIS



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 Pendebeban

## 4. CETAK ULANG POLIS/KARTU

Polis      Alasan cetak ulang

Biaya Administrasi Rp.100,000.-       Rusak, lampirkan Polis/Kartu asli

Kartu       Hilang, khusus polis wajib melampirkan Surat Keterangan Kehilangan dari Kepolisian

Biaya Administrasi Rp.20,000.-

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

(i) lampirkan fotokopi rekening; (ii) jika bukan rekening Pemegang Polis atau Yang Ditunjuk yang tercatat di dalam sistem maka wajib mengisi Formulir Beneficial Owner; (iii) wajib mengisi Formulir Surat Kuasa Pendebeban Kartu Kredit atau Surat Kuasa Pendebeban 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 Tertanggung : 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

## 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 Tertanggung:

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

ALASAN UBAH PEMEGANG POLIS:

PEMBAYAR PREMI

Pemegang Polis Baru  
 Tertanggung Utama  
 Lainnya, \_\_\_\_\_

SUMBER PENGHASILAN PEMBAYAR PREMI

Gaji  
 Hasil Investasi  
 Bisnis Pribadi

PENGHASILAN KOTOR PERTAHUN

<10 juta  101-300 juta  
 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/TERTANGGUNG/YANG DITUNJUK (TERMASLAHAT)

Perubahan Data atas:

Pemegang Polis  Tertanggung Utama  Yang Ditunjuk (Termaslahat)  Tertanggung 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 PREMI

Aktivasi

Non Aktivasi

Pembayaran premi akan otomatis  
dirubah menjadi Virtual Account

Untuk memastikan nilai polis tetap terjaga, mohon  
melakukan pembayaran premi tertunggak.

Keterangan : lihat bagian Syarat dan Ketentuan No. 3

## 10. PEMBAYARAN PREMI DI MUKA

Bulanan:  x pembayaran

Semesteran:  x pembayaran

Kuartalan:  x pembayaran

Tahunan:  x pembayaran

Keterangan : lihat bagian Syarat dan Ketentuan No. 4

## 11. PERUBAHAN UANG PERTANGGUNGAN

Naik Uang Pertanggungan

Turun Uang Pertanggungan

Wajib Lampirkan:

- Form Pernyataan Kesehatan (khusus Naik Uang Pertanggungan)
- Ilustrasi sesuai dengan pengajuan yang baru

Nomor Ilustrasi :

Keterangan:

Perubahan Uang Pertanggungan sesuai dengan ketentuan masing-masing produk

## 12. PERUBAHAN PREMI

Naik Premi

Turun Premi

Wajib Lampirkan:

Ilustrasi sesuai dengan pengajuan yang baru

Nomor Ilustrasi :

Keterangan:

Perubahan Premi dan Komposisi premi yang baru sesuai dengan ketentuan masing-masing produk

13. PERUBAHAN ASURANSI TAMBAHAN (RIDER)

Tambah Asuransi Tambahan (Rider)

Hapus Asuransi Tambahan (Rider)

Naik Uang/ Manfaat 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 :

Grid for illustration number

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 Tertanggung tambahan baru

14. PEMULIHAN POLIS/ REINSTATE

Keterangan:

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

15. PENAMBAHAN TERTANGGUNG TAMBAHAN

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

DATA CALON TERTANGGUNG TAMBAHAN I

Form for Data Calon Tertanggung Tambahan I including fields for Name, Gender, Status, ID Type, Nationality, Birthplace, NPWP, Occupation, Company/School, Position, Relationship, and Job Description.

DATA CALON TERTANGGUNG TAMBAHAN II

Form for Data Calon Tertanggung Tambahan II including fields for Name, Gender, Status, ID Type, Nationality, Birthplace, NPWP, Occupation, Company/School, Position, Relationship, and Job Description.

DATA CALON TERTANGGUNG TAMBAHAN III

Form for Data Calon Tertanggung Tambahan III including fields for Name, Gender, Status, ID Type, Nationality, Birthplace, NPWP, Occupation, Company/School, Position, Relationship, and Job Description.

**DATA CALON TERTANGGUNG TAMBAHAN IV**

1. Nama Lengkap: <i>Tidak termasuk gelar (sesuai KTP/SIM/Paspor)</i>	<input type="text"/>
Jenis Kelamin:	<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita
Kewarganegaraan:	<input type="text"/>
2. Status:	<input type="checkbox"/> Menikah <input type="checkbox"/> Tidak Menikah <input type="checkbox"/> Janda/Duda
3. Jenis Identitas:	<input type="checkbox"/> KTP <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> PASPOR
Negara Lahir:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> AKTA LAHIR <input type="checkbox"/> Lainnya	Tempat Lahir: <input type="text"/>
4. Nomor Identitas:	<input type="text"/>
5. Nomor NPWP:	<input type="text"/>
6. Pekerjaan:	<input type="text"/>
7. Nama Perusahaan/Sekolah:	<input type="text"/>
8. Jabatan:	<input type="text"/>
9. Hubungan Tertanggung Tambahan IV dengan Tertanggung Utama	<input type="checkbox"/> Suami/Istri <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Ayah/Ibu
Uraian Pekerjaan: <i>(contoh: Admin, dalam ruangan, alat berat, dst)</i>	

**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) Memiliki surat kuasa kepada orang Amerika Serikat  Ya  Tidak
4. Apakah salah satu dari Yang Ditunjuk 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 (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 premi wajib dibayarkan dahulu oleh Pemegang Polis dan mengisi pengajuan pembayaran premi dimuka pada formulir ini. Untuk pembayaran dari skala besar ke kecil maka tidak ada kekurangan premi dan pengajuan diajukan saat ulang bulan penagihan premi 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 Premi (Premium Holiday), dengan mengaktifkan fasilitas ini maka secara otomatis Anda mengajukan perubahan metode bayar menjadi virtual account dan Pendebetan Premi 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 Premi, maka pembayaran premi 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 Premi Dimuka, seluruh premi yang dibayarkan dimuka tersebut akan dibelikan unit dengan harga NAV 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 premi dimuka, maka nasabah tidak berhak meminta pengembalian premi untuk sisa periode setelah tanggal batal polis.
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 pertanggungangan dan/atau transaksi yang Saya/Kami ajukan ini tidak akan diadakan atau tidak diadakan dengan syarat-syarat yang sama bila Penanggung 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 Penanggung, dimana hasil pemeriksaan atau data pada klaim tersebut dapat mempengaruhi/mengubah keputusan underwriting, maka pengajuan yang saya/kami ajukan ini akan ditinjau ulang oleh Penanggung 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 Penanggung setelah seluruh tunggakan premi beserta bunga yang diberlakukan sesuai ketentuan (jika ada) telah dilunasi.
6. Saya/Kami mengetahui bahwa untuk transaksi penambahan manfaat asuransi apabila telah disetujui oleh Penanggung maka efektif berlaku adalah pada tanggal penagihan biaya asuransi terdekat.
7. Saya/Kami mengerti dan memahami jika Saya/Kami melakukan transaksi Perubahan Uang Pertanggungan dan/atau Perubahan Premi, 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 Penanggung.
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-sururat akan dikirimkan melalui email (jika ada) atau alamat korespondensi sesuai dengan data yang tercatat pada Penanggung.
12. Saya/Kami memahami apabila permohonan pengajuan transaksi polis yang Saya/Kami ajukan ini tidak disetujui oleh Penanggung atau Saya/Kami tidak memenuhi syarat guna permohonan pengajuan transaksi polis setelah 20 (dua puluh) hari sejak formulir ini diterima oleh Penanggung, maka permohonan pengajuan transaksi polis ini dibatalkan oleh Penanggung dan premi/biaya yang telah disetorkan ke Penanggung (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:	<input type="text"/>		
Bank :	<input type="text"/>	Cabang/ Unit :	<input type="text"/>
No. Rekening/Kartu Kredit :	<input type="text"/>	Mata Uang :	<input type="checkbox"/> Rupiah <input type="checkbox"/> USD

## 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

Tertanggung Tambahan 1	Tertanggung Tambahan 2
_____	_____
TTD & Nama Jelas	TTD & Nama Jelas
Tertanggung Tambahan 3	Tertanggung 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