

Jangan menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong
 Mohon mengisi dengan lengkap, huruf cetak dan jelas pada permohonan yang diajukan
 Permohonan wajib melampirkan Fotocopy kartu identitas yang masih berlaku

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama Pemegang Polis :	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Tanggal Lahir :	Tanggal	Bulan	Tahun
Nama Tertanggung :	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Nomor Identitas Diri :	<input style="width: 90%;" type="text"/>		
Nomor Polis :	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Nomor NPWP :	<input style="width: 90%;" type="text"/>		

ALAMAT SURAT MENYURAT SAAT INI:

Alamat : _____

RT/RW : _____ Kelurahan : _____ Kecamatan : _____

Kota : _____ Provinsi : _____ Kode Pos : _____

Informasi Kontak : HP : _____ Rumah : _____ Kantor : _____

Email : _____

STATUS PRIBADI:

Kewarganegaraan : _____

Status Perkawinan : Belum Menikah Menikah Cerai Duda/Janda

PEKERJAAN TERTANGGUNG:

Nama Perusahaan : _____

Jabatan : _____

Bidang Usaha : _____

Rincian Tugas : _____

Klasifikasi Pekerjaan : Eksekutif/Manager Wiraswasta Pegawai Negeri Pegawai Swasta
 Ibu Rumah Tangga Pelajar/Mahasiswa Profesional : Pengacara, Dokter, dll
 Lainnya, sebutkan : _____

HOBİ TERTANGGUNG:

Kegiatan yang dilakukan secara berkala : Menyelam Terjun Payung Mendaki Gunung Balap Motor/Mobil
 Penerbangan Lainnya, sebutkan : _____

PERNYATAAN DAN KUASA

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa :

1. Dengan ini saya mengajukan permohonan perubahan sesuai data-data pada Formulir perubahan Polis ini. Saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa data-data tersebut sesuai dengan keadaan yang sebenarnya. Formulir perubahan Polis ini dan data-data yang tercantum menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari Polis.
2. Saya mengerti bahwa Penanggung berhak menolak pengajuan perubahan Polis dan saya mengerti bahwa perubahan hanya berlaku apabila telah disetujui oleh PT HEKSA SOLUTION INSURANCE.
3. Saya setuju bahwa permohonan ini hanya dapat diproses apabila saya telah melengkapi persyaratan yang diperlukan.
4. Saya setuju bahwa semua bentuk pemberitahuan dan surat menyurat dikirim melalui email (apabila ada) atau alamat sesuai data yang tercatat di PT HEKSA SOLUTION INSURANCE
5. PT HEKSA SOLUTION INSURANCE dibebaskan dari segala tuntutan dan atau gugatan yang mungkin timbul dari pihak manapun termasuk Saya/Kami sehubungan dengan pengajuan transaksi tersebut di atas.

Ditandatangani di : , /

Tanggal Bulan Tahun

Tanda Tangan Pemegang Polis

Tanda Tangan Tertanggung

Diketahui,

 Nama Lengkap

 Nama Lengkap

 Nama Lengkap Tenaga Pemasar

Kolom catatan ini diisi oleh PT HEKSA SOLUTION INSURANCE

Catatan :	Diproses oleh :	Diperiksa oleh :
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	Paraf/Nama/Tanggal	Paraf/Nama/Tanggal