

## FORMULIR PERUBAHAN PEMBAYARAN PREMI

- o Mohon diisi secara jujur, lengkap dan benar dengan menggunakan pulpen serta huruf cetak dan memberi tanda ( √ ) pada kotak jawaban yang sesuai.
- o Tidak diperkenankan menggunakan cairan penghapus/pena penghapus. Apabila diperlukan koreksi terhadap informasi yang telah diberikan mohon dicoret dan ditandatangani di setiap bentuk koreksi tersebut.
- o Mohon tidak menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong dan pastikan semua informasi yang dibutuhkan telah dipenuhi sebelum menandatangani.
- o Wajib melampirkan fotokopi identitas (KTP/Paspor/KITAS) dan dokumen-dokumen lain yang masih berlaku sebagaimana dipersyaratkan oleh PT ASTRA AVIVA LIFE.

Nomor Polis :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nama Pemegang Polis : \_\_\_\_\_

Nama Tertanggung : \_\_\_\_\_

Alamat Sesuai Identitas : \_\_\_\_\_

Kota/Provinsi : \_\_\_\_\_ Kode Pos : \_\_\_\_\_

Telepon Rumah : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Telepon Kantor : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Ext : \_\_\_\_\_

Telepon Seluler : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

**Perubahan Metode Pembayaran Premi, menjadi:**

Transfer

Autodebet\*

**Perubahan Metode Pembayaran Autodebet\* :**

Perubahan Nomor Rekening / Kartu Kredit

Perubahan Pemilik Rekening / Kartu Kredit

**Perubahan Frekuensi Pembayaran Premi, menjadi:**

Tahunan

Semesteran

Triwulanan

Bulanan

*Catatan: \*) Wajib melampirkan Aplikasi Kuasa Pendebetan yang telah dilengkapi dan ditandatangani oleh Pemegang Polis dan Pemilik Rekening / Kartu Kredit.*

**Keterangan :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### PERNYATAAN DAN PERSETUJUAN PEMEGANG POLIS

Dengan ini Saya menyatakan dan menyetujui bahwa :

1. Formulir Perubahan Pembayaran Premi hanya berlaku untuk satu nomor Polis.
2. Permohonan Perubahan Pembayaran Premi atas Polis akan diproses apabila seluruh data serta syarat kelengkapan dokumen telah dipenuhi dan diterima dengan lengkap dan benar oleh PT ASTRA AVIVA LIFE, dan perubahan akan berlaku setelah disetujui oleh PT ASTRA AVIVA LIFE.
3. Semua jawaban-jawaban dari seluruh pertanyaan tersebut diatas merupakan dasar dan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis dan apabila ternyata jawaban/keterangan yang Saya berikan tidak benar maka PT ASTRA AVIVA LIFE berhak menolak pengajuan perubahan dimaksud ataupun membatalkan Polis sesuai dengan ketentuan Polis.
4. Saya dengan ini memberi ijin kepada PT ASTRA AVIVA LIFE untuk menggunakan atau memberikan informasi atau keterangan mengenai Saya yang tersedia, diperoleh atau disimpan oleh PT ASTRA AVIVA LIFE (sesuai yang tercantum pada formulir ini atau sarana lain), kepada pihak-pihak lain (termasuk tetapi tidak terbatas pada perusahaan re-asuransi, asuransi, lembaga, bank, atau badan hukum lain baik di dalam maupun di luar negeri) yang memiliki hubungan kerjasama dengan PT ASTRA AVIVA LIFE dalam rangka pengajuan formulir perubahan ini, ketentuan Polis, pembayaran klaim, pelayanan nasabah, pelaksanaan ketentuan Polis, survey kepuasan nasabah, maupun untuk tujuan hukum dan perundang-undangan, dan karenanya ditandatanganinya formulir ini oleh Saya adalah merupakan bukti tertulis pemberian ijin oleh Saya.
5. Saya dengan ini memberi ijin kepada PT ASTRA AVIVA LIFE untuk menggunakan atau memberikan informasi atau keterangan mengenai Saya yang tersedia, diperoleh atau disimpan oleh PT ASTRA AVIVA LIFE tetapi tidak terbatas kepada data informasi terkait nama, alamat, tanggal kelahiran, no. telepon, alamat e-mail dan data-data terkait lainnya untuk kepentingan penawaran produk-produk asuransi lainnya milik PT ASTRA AVIVA LIFE, produk-produk rekanan/partner usaha PT ASTRA AVIVA LIFE dan karenanya ditandatanganinya formulir ini oleh Saya adalah merupakan bukti tertulis pemberian ijin oleh Saya.

Ditandatangani di \_\_\_\_\_ Pada tanggal \_\_\_\_\_ (tanggal/bulan/tahun)

\_\_\_\_\_  
Nama Jelas & Tanda Tangan Pemegang Polis (Tanda tangan sesuai dengan fotokopi identitas)