

## FORMULIR PERMOHONAN KARTU DUPLIKAT

- > Mohon diisi jujur, lengkap dan benar oleh pemegang polis dengan menggunakan ballpoint serta huruf cetak dan memberi tanda ( v ) pada kotak yang sesuai.
- > Tidak diperkenankan menggunakan cairan penghapus / pena penghapus. Apabila diperlukan koreksi terhadap pernyataan yang diisi mohon dicoret dan ditandatangani di setiap bentuk koreksi tersebut.
- > Mohon tidak menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong dan pastikan semua informasi yang dibutuhkan telah dipenuhi oleh pemegang polis dan/atau tertanggung sebelum menandatangani.
- > Wajib melampirkan foto copy identitas diri pemegang polis yang masih berlaku (KTP/SIM/Paspor/KITAS).
- > Pastikan Anda melengkapi seluruh persyaratan tambahan yang disyaratkan.

Nomor Polis :

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

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

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

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

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

Alamat Korespondensi : \_\_\_\_\_

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

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

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

Handphone : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

\*Setuju data alamat,nomor telepon dan email korespondensi diubah sesuai dengan keterangan dalam formulir ini  Ya  Tidak

Dengan ini saya mengajukan permohonan penerbitan kartu duplikat

Dengan alasan : \_\_\_\_\_

Dokumen tambahan yang wajib dilampirkan :

- Apabila kartu hilang maka wajib melampirkan foto copy surat keterangan kehilangan dari kepolisian
- Apabila kartu Rusak maka wajib mengembalikan kartu yang rusak
- Bukti transfer pembayaran penerbitan kartu duplikat

Pembayaran permohonan penerbitan kartu duplikat dapat dilakukan melalui rekening PT ASTRA AVIVA LIFE berikut :

**701-945 -980**  
**Bank Permata**  
**a.n PT Astra Aviva Life**

Biaya penerbitan kartu duplikat adalah sebesar Rp. 50.000,-

### Pernyataan dan Persetujuan Pemegang Polis

Dengan ini Saya menyatakan dan menyetujui bahwa :

1. Formulir Permohonan Penerbitan Kartu Duplikat hanya berlaku untuk satu nomor polis.
2. Permohonan Penerbitan Kartu Duplikat akan diproses apabila seluruh data serta syarat kelengkapan dokumen telah dipenuhi dan disetujui oleh PT ASTRA AVIVA LIFE.
3. Semua jawaban-jawaban dari seluruh pertanyaan tersebut 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 ataupun membatalkan Polis sesuai dengan ketentuan Polis.
4. Dengan diterbitkannya kartu duplikat maka kartu yang telah diterbitkan sebelumnya menjadi tidak berlaku.
5. Saya/Kami dengan ini memberi ijin kepada PT ASTRA AVIVA LIFE untuk menggunakan atau memberikan informasi atau keterangan mengenai Saya/Kami 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/Kami adalah merupakan bukti tertulis pemberian ijin oleh Saya/Kami.
6. Saya/Kami dengan ini memberi ijin kepada PT ASTRA AVIVA LIFE untuk menggunakan atau memberikan informasi atau keterangan mengenai Saya/Kami yang tersedia, diperoleh atau disimpan oleh PT ASTRA AVIVA LIFE tetapi tidak terbatas kepada data informasi terkait nama, alamat, tanggal kelahiran, no.telpon, 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/Kami adalah merupakan bukti tertulis pemberian ijin oleh Saya/Kami.
7. Saya/Kami dengan ini menyatakan seluruh informasi yang tercantum pada SPAJ sehubungan dengan penerbitan Polis ini tidak berubah, tetap berlaku dan sesuai dengan keadaan Saya/Kami yang sebenarnya, dan Dengan Ini Saya menyatakan seluruh pernyataan,keterangan dan jawaban yang saya berikan telah sesuai dengan apa yang saya ketahui secara jujur, lengkap dan benar. Jika Pernyataan dari Saya tersebut diatas ternyata terbukti di kemudian hari tidak benar dan/atau dan menimbulkan kerugian terhadap PT ASTRA AVIVA LIFE, maka Saya bersedia untuk menerima semua konsekuensi risiko dan bertanggung jawab menyesatkan atas kepesertaan Saya dan/atau tertanggung sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan oleh PT ASTRA AVIVA LIFE dan ketentuan peraturan perundangan yang berlaku berikut perubahannya dikemudian hari, dan membebaskan PT ASTRA AVIVA LIFE, dari segala tuntutan/gugatan hukum yang mungkin timbul sebagai akibat dari pernyataan yang tidak benar dan/atau menyesatkan tersebut

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

Nama & Tanda Tangan Pemegang Polis (Tanda tangan sesuai dengan KTP/SIM/Paspor)

\*Wajib ditandatangani oleh pemegang polis kecuali dalam hal pemegang polis meninggal dunia