

FORMULIR PERUBAHAN MINOR

Saya sebagai Pemegang Polis yang bertanda tangan di bawah ini:

Diisi oleh Kantor Pusat			
TD		NJ	
JD		DO	

Nama : _____

Nomor Polis : _____

Mata Uang Polis : _____

Nomor Telepon : _____

Nomor Handphone : _____

Mengajukan transaksi sebagai berikut:

Frekuensi Pembayaran :
 Tahunan Semesteran Triwulanan Bulanan

Nominal Pembayaran Premi / Kontribusi :
 Perubahan berlaku mulai jatuh tempo ____ / ____ / ____
 Asuransi Berkala _____ / frekuensi bayar
 Regular Top Up _____ / frekuensi bayar
 Pemberitahuan perubahan ini harus dilakukan selambat-lambatnya 2 minggu sebelum jatuh tempo premi / kontribusi

Metode Pembayaran & Informasi Rekening / Kartu Kredit :
 Transfer
 Apabila pembayaran per bulan kurang dari Rp.400.000,- harus menggunakan metode autodebet rekening / kartu kredit.
 Autodebet Rekening
 Lampirkan Surat Kuasa Pendebetan Rekening sesuai bank penerbit rekening.
 Autodebet Kartu Kredit
 Lampirkan Surat Kuasa Pendebetan Kartu Kredit.
 Hubungan Pemegang Polis dengan pemilik rekening / kartu kredit:
 Diri Sendiri Suami / Istri
 Orang Tua / Anak Kakak / Adik
 Bila pemilik rekening / kartu kredit bukan Pemegang Polis wajib mengisi Formulir Penerapan Prinsip Mengenal Nasabah.

Alamat Surat Menyurat :
 Tempat Tinggal Kantor Lainnya _____

 No. Telepon : _____ - _____
 No. Fax : _____ - _____
 No. HP : _____
 E-mail : _____

Cuti Pembayaran Premi / Kontribusi (Premium Holiday) :
 Pengajuan Cuti Pembayaran
 Periode ____ / ____ / ____ sampai ____ / ____ / ____
 Penghentian Cuti Pembayaran mulai ____ / ____ / ____
 Cuti pembayaran premi/kontribusi hanya berlaku untuk produk regular unitlink.
 Cuti pembayaran dapat mengakibatkan saldo investasi tidak cukup untuk membayar biaya-biaya polis / ujah sehingga status polis menjadi batal (lapse).

Yang Ditunjuk / Penerima Manfaat yang berhak menerima Uang Pertanggungan / Santunan Asuransi bila Tertanggung / Pihak Yang Diasuransikan Utama meninggal :

Nama Lengkap (Sesuai dengan bukti diri yang sah)	Tanggal Lahir (Tgl-Bln-Thn)	Jenis Kelamin (L/P)	Hubungan dengan Tertanggung / Pihak yang Diasuransikan Utama	%*

*Total pembagian manfaat 100%, bila persentase tidak diisi maka manfaat dibagi sesuai ketentuan yang berlaku.

Perubahan Data Rekening
 Nama Pemilik R/K: _____
 Bank: _____
 Cabang: _____
 No. R/K: _____ Mata Uang R/K: _____

Perubahan Lainnya (Jelaskan perubahan yang diinginkan, misalnya koreksi nama, tanggal lahir, pekerjaan, hobi, dsb)

Ditandatangani di _____ Tanggal ____ / ____ / ____ Lampirkan fotokopi identitas diri	Pemegang Polis _____ Tanda Tangan & Nama Jelas	SO / GA _____ Nama Staf _____ Tanggal diterima ____ / ____ / ____
--	--	---

Jangan menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong