

FORMULIR PERUBAHAN PERTANGGUNGAN

Saya sebagai Pemegang Polis yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : _____
 Nomor Polis : _____
 Nama Gadis Ibu Kandung* : _____

Nomor HP* : _____
 Alamat Email* : _____
*Akan digunakan untuk pengkinian data Anda (jika berbeda dengan data Kami)

Mengajukan transaksi sebagai berikut:

Penambahan Tertanggung / Pihak Yang Diasuransikan Tambahan

I. Data Tertanggung / Pihak Yang Diasuransikan Tambahan Suami/Istri (SP)

1. Nama (sesuai identitas diri terlampir) : _____ 2. Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan
 3. Tempat & Tgl Lahir : _____, ____/____/____ 4. Kewarganegaraan: WNI WNA _____
 5. Pendidikan formal terakhir : Belum Sekolah TK SD SMP SMU D3 S1/S2/S3
 6. Nama Perusahaan : _____ 7. Bidang Usaha : _____
 8. Jabatan & Uraian Pekerjaan : _____ 9. Kelas Pekerjaan: Kelas 1 Kelas 2 Kelas 3

II. Data Tertanggung / Pihak Yang Diasuransikan Tambahan Anak 1 (C1)

1. Nama (sesuai identitas diri terlampir) : _____ 2. Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan
 3. Tempat & Tgl Lahir : _____, ____/____/____ 4. Kewarganegaraan: WNI WNA _____
 5. Pendidikan formal terakhir : Belum Sekolah TK SD SMP SMU D3 S1/S2/S3

III. Data Tertanggung / Pihak Yang Diasuransikan Tambahan Anak 2 (C2)

1. Nama (sesuai identitas diri terlampir) : _____ 2. Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan
 3. Tempat & Tgl Lahir : _____, ____/____/____ 4. Kewarganegaraan: WNI WNA _____
 5. Pendidikan formal terakhir : Belum Sekolah TK SD SMP SMU D3 S1/S2/S3

IV. Data Tertanggung / Pihak Yang Diasuransikan Tambahan Anak 3 (C3)

1. Nama (sesuai identitas diri terlampir) : _____ 2. Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan
 3. Tempat & Tgl Lahir : _____, ____/____/____ 4. Kewarganegaraan: WNI WNA _____
 5. Pendidikan formal terakhir : Belum Sekolah TK SD SMP SMU D3 S1/S2/S3

Pemulihan Polis

Titipan Premi / Kontribusi Pemulihan _____

Seleksi Risiko Ulang (re-underwriting)

Nama Tertanggung / Pihak Yang Diasuransikan _____

Perubahan Manfaat Pertanggungan

Premi per frekuensi pembayaran:

Premi / Kontribusi Asuransi Berkala : _____ / _____

Premi / Kontribusi Top Up Berkala : _____ / _____

Catatan:

Perubahan premi akan berlaku sejak jatuh tempo premi / kontribusi. Apabila ada tunggakan premi / kontribusi, maka perubahan berlaku sejak tunggakan premi/kontribusi tersebut dan apabila terdapat perubahan frekuensi pembayaran premi / kontribusi menjadi Bulanan maka Metode Pembayaran wajib menggunakan metode autodebet rekening / kartu kredit.

Penurunan Premi Asuransi Berkala atau penurunan/penghapusan Premi /Kontribusi Top Up Berkala pada polis unitlinked dengan fitur No Lapse Guarantee dapat mengakibatkan fitur tersebut gugur.

Perubahan manfaat pertanggungan pada polis unitlink, wajib melampirkan ilustrasi. Bila ilustrasi terlampir, kolom dibawah ini tidak perlu diisi.

Jenis Pertanggungan	(Maksimum Usia) Uang Pertanggungan / Santunan Asuransi / Plan					
	PP	TU	SP	C1	C2	C3
	()	()	()	()	()	()
	()	()	()	()	()	()
	()	()	()	()	()	()
	()	()	()	()	()	()
	()	()	()	()	()	()

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

Jangan menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong