FORMULIR PERUBAHAN ASURANSI

PaninDai-ichiLife Syariah

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 Pihak Yang Diasuransikan Tambahan**

I. Data 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 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 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 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 kontribusi pemulihan _____

☐ **Seleksi Risiko Ulang (re-underwriting)**
Nama Pihak Yang Diasuransikan_____

☐ **Perubahan Manfaat Asuransi**

Kontribusi per frekuensi pembayaran:

Kontribusi Asuransi Berkala : _____ / _____

Kontribusi Top Up Berkala : _____ / _____

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

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

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

Jenis Asuransi	(Maksimum Usia) Santunan Asuransi / Plan					
	PP	PYDU	SP	C1	C2	C3
	( )	( )	( )	( )	( )	( )
	( )	( )	( )	( )	( )	( )
	( )	( )	( )	( )	( )	( )
	( )	( )	( )	( )	( )	( )
	( )	( )	( )	( )	( )	( )

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