FORMULIR PERUBAHAN MINOR

PaninDai-ichiLife Syariah

Saya sebagai Pemegang Polis yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : _____ Nomor Telepon : _____

Nomor Polis : _____ Nomor HP (WA)* : _____

Nama Gadis Ibu Kandung* : _____ Alamat Email* : _____

*Akan digunakan untuk pengkinian data Anda (jika berbeda dengan data Kami)

Mengajukan transaksi sebagai berikut:

☐ **Frekuensi Pembayaran Kontribusi:**

☐ Tahunan ☐ Semesteran ☐ Triwulanan ☐ Bulanan*

Catatan (*):
Frekuensi pembayaran Bulanan wajib menggunakan metode autodebet rekening / kartu kredit.

☐ **Nominal Pembayaran Kontribusi:**

Asuransi Berkala _____ / frekuensi bayar

Regular Top Up _____ / frekuensi bayar

Catatan:
Pemberitahuan perubahan ini harus dilakukan selambat-lambatnya 2 (dua) minggu sebelum jatuh tempo kontribusi. Perubahan kontribusi akan berlaku sejak jatuh tempo kontribusi.

Apabila ada tunggakan kontribusi, maka perubahan berlaku sejak tunggakan kontribusi tersebut.

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

☐ **Metode Pembayaran & Informasi Rekening / Kartu Kredit:**

☐ Transfer*
Tidak diperkenankan untuk frekuensi pembayaran Bulanan.

☐ 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 ☐ Lainnya _____

Bila pemilik rekening/kartu kredit bukan Pemegang Polis, wajib mengisi Formulir Penerapan Prinsip Mengenal Nasabah dan wajib melampirkan fotokopi legalitas hukum atas hubungan dengan Pemegang Polis.

Catatan (*):
Metode pembayaran transfer tidak diperkenankan untuk produk yang dipasarkan melalui jalur distribusi Bancassurance.

☐ **Alamat Surat Menyurat :**

☐ Tempat Tinggal ☐ Kantor ☐ Lainnya _____

_____

_____

_____

_____ Kode Pos _____

No. Telepon : _____ - _____

No. HP/WA* : _____

Email* : _____

*Dengan ini saya menyetujui bahwa alamat email dan No HP/WA ini digunakan oleh PT Panin Daiichi Life Sharia Insurance untuk mengirimkan informasi secara elektronik

☐ **Cuti Pembayaran Kontribusi (*Contribution Holiday*):**

☐ **Pengajuan Cuti Pembayaran Kontribusi**

Catatan:
Cuti pembayaran kontribusi hanya berlaku untuk produk regular unitlinked.

Cuti pembayaran kontribusi dapat mengakibatkan saldo investasi tidak cukup untuk membayar Iuran Tabarru' dan/atau Ujrah polis sehingga status polis menjadi batal (lapse).

Cuti Pembayaran kontribusi (Contribution Holiday) pada polis unitlinked dengan fitur No Lapse Guarantee akan mengakibatkan fitur tersebut gugur.

☐ **Penghentian Cuti Pembayaran Kontribusi**

Catatan:
Dengan penghentian Cuti Pembayaran kontribusi, selanjutnya secara otomatis akan ditagih oleh Pengelola berdasarkan frekuensi pembayaran dan Metode Pembayaran terakhir yang dipilih oleh Pemegang Polis.

FORMULIR PERUBAHAN MINOR

☐ **Yang Ditunjuk / Penerima Manfaat** yang berhak menerima Santunan Asuransi bila Pihak Yang Diasuransikan Utama meninggal:

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

Catatan:
- **Total pembagian manfaat 100%, bila persentase tidak diisi maka manfaat dibagi sesuai ketentuan yang berlaku.*
- *Wajib melampirkan fotokopi legalitas hukum atas hubungan dengan Pihak Yang Diasuransikan Utama.*
- *Keterangan (L/P) adalah: L= Laki-Laki, P= Perempuan.*
- *Bila hubungan Yang Ditunjuk/Penerima Manfaat dengan Pihak Yang Diasuransikan Utama bukan keluarga inti, Wajib mengisi Formulir Pengalihan Hak Waris.*
- *Khusus Produk Panin Syariah Proteksi Penyakit Kritis dapat menyertakan Lembaga Wakaf dengan minimum persentase 5% dan maksimum 30% (kelipatan 5%)*

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

Jangan menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong