

# 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 (dua) 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  Lainnya \_\_\_\_\_

Bila pemilik rekening / kartu kredit bukan Pemegang Polis wajib mengisi Formulir Penerapan Prinsip Mengenal Nasabah.

**Alamat Surat Menyurat :**  
 Tempat Tinggal  Kantor  Lainnya \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Kode Pos \_\_\_\_\_

No. Telepon : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 No. Fax : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 No. HP : \_\_\_\_\_  
 E-mail : \_\_\_\_\_

Dengan ini saya menyetujui bahwa alamat email ini digunakan oleh PT. Panin Dai-ichi Life untuk mengirimkan informasi secara elektronik dan akan menggantikan pengiriman melalui surat.

**Cuti Pembayaran Premi / Kontribusi (Premium Holiday) :**  
 Pengajuan Cuti Pembayaran  
 Periode \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ sampai \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Penghentian Cuti Pembayaran mulai \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Cuti pembayaran 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**