

FORMULIR PERUBAHAN MINOR

Saya sebagai Pemegang Polis yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : _____
 Nomor Polis : _____
 Mata Uang Polis : _____

Nomor Telepon : _____
 Nomor Handphone : _____

Diisi oleh Kantor Pusat			
TD		NJ	
JD		DO	

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.
 Perubahan premi/kontribusi akan berlaku sejak jatuh tempo premi.
 Apabila ada tunggakan premi, maka perubahan berlaku sejak tunggakan premi tersebut.
Catatan: Penurunan Premi/Kontribusi Asuransi Berkala atau penurunan/penghapusan Premi/Kontribusi Top Up Berkala pada polis unitlinked dengan fitur No Lapse Guarantee Terbatas dapat mengakibatkan fitur tersebut gugur.

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/WA : _____
 E-mail : _____
 *Dengan ini saya menyetujui bahwa alamat email dan No HP/WA ini digunakan oleh PT. Panin Dai-ichi Life untuk mengirimkan informasi secara elektronik

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).
Catatan : Cuti Pembayaran Premi/Kontribusi (Premium Holiday) pada polis unitlinked dengan fitur No Lapse Guarantee Terbatas dapat mengakibatkan fitur tersebut gugur.

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.

 Tanda Tangan Pemegang Polis

Jangan menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong

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)

<p>Ditandatangani di _____</p> <p>Tanggal ____ / ____ / _____</p> <p>Lampirkan fotokopi identitas diri</p>	<p style="text-align: center;">Pemegang Polis</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Tanda Tangan & Nama Jelas</p>	<p>SO / GA _____</p> <p>Nama Staf _____</p> <p>Tanggal diterima ____ / ____ / _____</p>
--	---	---