

FORMULIR PERUBAHAN PERTANGGUNGAN



Saya sebagai Pemegang Polis yang bertanda tangan di bawah ini:

Diisi oleh Kantor Pusat			
TD		NJ	
JD		DO	

Nama : _____

Nomor Polis : _____

Nomor Telepon : _____

Mata Uang Polis : _____

Nomor Handphone : _____

Mengajukan transaksi sebagai berikut:

Penambahan Tertanggung / Pihak Yang Diasuransikan Tambahan

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

- Nama (sesuai identitas diri terlampir) : _____
- Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan 3. Tempat & Tgl Lahir: _____, ___/___/___
- Status : Belum menikah Menikah Duda/Janda 5. Kewarganegaraan: WNI WNA _____
- Pendidikan formal terakhir : SD SMP SMU D3 S1/S2/S3
- Nama Pengelola : _____ 8. Bidang Usaha: _____
- Jabatan & Uraian Pekerjaan : _____
- Kelas Pekerjaan : Kelas 1 Kelas 2 Kelas 3

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

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

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

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

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

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

Pemulihan Polis

Titipan premi / kontribusi pemulihan _____

Seleksi Risiko Ulang (re-underwriting)

Nama Tertanggung/Pihak Yang Diasuransikan _____

Perubahan Manfaat Pertanggungan

Perubahan manfaat pertanggungan pada polis unitlink, wajib melampirkan ilustrasi. Premii / Kontribusi per frekuensi pembayaran: _____
 Bila ilustrasi terlampir, kolom dibawah ini tidak perlu diisi. Premii / Kontribusi Asuransi Berkala _____ / _____
 Premii / Kontribusi Top Up Berkala _____ / _____

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.

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