

# FORMULIR PERUBAHAN MINOR

Saya sebagai Pemegang Polis yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : \_\_\_\_\_  
Nomor Polis : \_\_\_\_\_  
Nama Gadis Ibu Kandung\* : \_\_\_\_\_

Nomor Telepon : \_\_\_\_\_  
Nomor HP (WA)\* : \_\_\_\_\_  
Alamat Email\* : \_\_\_\_\_

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

Mengajukan transaksi sebagai berikut:

**Frekuensi Pembayaran :**

Tahunan  Semesteran  Triwulanan  Bulanan

Catatan:

Apabila perubahan Frekuensi Pembayaran menyebabkan jumlah pembayaran premi kurang dari Rp.750.000,-, maka Metode Pembayaran wajib menggunakan metode autodebet rekening/ kartu kredit

**Nominal Pembayaran Premi / Kontribusi :**

Asuransi Berkala \_\_\_\_\_ / frekuensi bayar

Regular Top Up \_\_\_\_\_ / frekuensi bayar

Catatan :

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.

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

Apabila perubahan Nominal Pembayaran Premi/Kontribusi menyebabkan jumlah pembayaran premi kurang dari Rp.750.000 / frekuensi bayar, maka Metode Pembayaran wajib menggunakan metode autodebet rekening/ kartu kredit

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

**Transfer**

Apabila premi kurang dari Rp.750.000 per frekuensi pembayaran premi, wajib menggunakan metode pembayaran premi lanjutan autodebet (kartu kredit/rekening).

**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.

**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 Dai-ichi Life untuk mengirimkan informasi secara elektronik

**Cuti Pembayaran Premi / Kontribusi (Premium Holiday) :**

**Pengajuan Cuti Pembayaran Premi/Kontribusi**

Catatan :

Cuti pembayaran Premi/Kontribusi hanya berlaku untuk produk regular unitlinked.

Cuti pembayaran Premi/Kontribusi dapat mengakibatkan saldo investasi tidak cukup untuk membayar biaya-biaya polis / ujah sehingga status polis menjadi batal (lapse).

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

**Penghentian Cuti Pembayaran Premi/Kontribusi**

Catatan :

Dengan penghentian Cuti Pembayaran Premi/kontribusi, selanjutnya secara otomatis akan ditagih oleh Penanggung berdasarkan frekuensi pembayaran dan Metode Pembayaran terakhir yang dipilih oleh Pemegang Polis.

**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	%*

**Catatan:**

- \*Total pembagian manfaat 100%, bila persentase tidak diisi maka manfaat dibagi sesuai ketentuan yang berlaku.
- Wajib melampirkan fotokopi legalitas hukum atas hubungan dengan tertanggung utama.
- Keterangan (L/P) adalah: L= Laki-Laki, P= Perempuan.
- Bila hubungan Yang Ditunjuk/Penerima Manfaat dengan Tertanggung Utama bukan keluarga inti, Wajib mengisi Formulir Pengalihan Hak Waris.

**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**