

## FORMULIR PERUBAHAN PEMBAYARAN PREMI / KONTRIBUSI

- o Mohon diisi secara jujur, lengkap dan benar dengan menggunakan pulpen serta huruf cetak dan memberi tanda ( x ) pada kotak jawaban yang sesuai.
- o Tidak diperkenankan menggunakan cairan penghapus/pena penghapus. Apabila diperlukan koreksi terhadap informasi yang telah diberikan mohon dicoret dan ditandatangani di setiap bentuk koreksi tersebut.
- o Mohon tidak menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong dan pastikan semua informasi yang dibutuhkan telah dipenuhi sebelum menandatangani.
- o Wajib melampirkan fotokopi identitas (KTP/Paspor/KITAS) dan dokumen-dokumen lain yang masih berlaku sebagaimana dipersyaratkan oleh PT ASURANSI JIWA ASTRA.

Nomor Polis : \_\_\_\_\_

Nama Pemegang Polis : \_\_\_\_\_

Nama Tertanggung : \_\_\_\_\_

Alamat Sesuai Identitas : \_\_\_\_\_

Kota/Provinsi : \_\_\_\_\_ Kode Pos : \_\_\_\_\_

Telepon Rumah : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Telepon Kantor : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Telepon Seluler : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

### PENGAJUAN PERUBAHAN :

**Metode Pembayaran Premi/Kontribusi, menjadi:**

- Transfer       Autodebet\*

**Metode Pembayaran Autodebet\* :**

- Perubahan Nomor Rekening / Kartu Kredit
- Perubahan Pemilik Rekening / Kartu Kredit

**Frekuensi Pembayaran Premi/Kontribusi, menjadi:**

- Tahunan
- Semesteran
- Triwulanan
- Bulanan

*Catatan: \*) Wajib melampirkan Aplikasi Kuasa Pendebetan yang telah dilengkapi dan ditandatangani oleh Pemegang Polis dan Pemilik Rekening / Kartu Kredit.*

Keterangan : \_\_\_\_\_

### KETENTUAN, PERNYATAAN DAN PERSETUJUAN PEMEGANG POLIS

#### KETENTUAN

1. Polis harus dalam status aktif (**Inforce**).
2. Satu formulir hanya berlaku untuk satu nomor Polis.
3. Formulir ini hanya untuk produk-produk tertentu sesuai dengan ketentuan Polis yang berlaku.
4. Pengajuan perubahan agar dilakukan minimal 30 hari (atau maksimal 14 hari) sebelum Tanggal Jatuh Tempo Polis. Segala akibat yang timbul apabila pengajuan melewati batas waktu tersebut menjadi tanggung jawab Pemegang Polis sepenuhnya.
5. Formulir Perubahan Pembayaran Premi/Kontribusi asli beserta dokumen lain yang disyaratkan sudah harus diterima di PT ASURANSI JIWA ASTRA paling lambat pukul 14.00 WIB untuk bisa diproses di hari yang sama. Apabila dokumen diterima setelah pukul 14.00 WIB maka akan diproses di hari kerja berikutnya.

#### PERNYATAAN DAN PERSETUJUAN PEMEGANG POLIS

Dengan ini Saya menyatakan dan menyetujui bahwa :

1. Formulir Perubahan Pembayaran Premi/Kontribusi hanya berlaku untuk satu nomor Polis.
2. Permohonan Perubahan Pembayaran Premi/Kontribusi atas Polis akan diproses apabila seluruh data serta syarat kelengkapan dokumen telah dipenuhi dan diterima dengan lengkap dan benar oleh PT ASURANSI JIWA ASTRA, dan perubahan akan berlaku setelah disetujui oleh PT ASURANSI JIWA ASTRA.
3. Semua jawaban-jawaban dari seluruh pertanyaan tersebut diatas merupakan dasar dan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis dan apabila ternyata jawaban/keterangan yang Saya berikan tidak benar maka PT ASURANSI JIWA ASTRA berhak menolak pengajuan perubahan dimaksud ataupun membatalkan Polis sesuai dengan ketentuan Polis.
4. Saya dengan ini memberi ijin kepada PT ASURANSI JIWA ASTRA untuk menggunakan atau memberikan informasi atau keterangan mengenai Saya yang tersedia, diperoleh atau disimpan oleh PT ASURANSI JIWA ASTRA (sesuai yang tercantum pada formulir ini atau sarana lain), kepada pihak-pihak lain (termasuk tetapi tidak terbatas pada perusahaan re-asuransi, asuransi, lembaga, bank, atau badan hukum lain baik di dalam maupun di luar negeri) yang memiliki hubungan kerjasama dengan PT ASURANSI JIWA ASTRA dalam rangka pengajuan formulir perubahan ini, ketentuan Polis, pembayaran klaim, pelayanan nasabah, pelaksanaan ketentuan Polis, survey kepuasan nasabah, maupun untuk tujuan hukum dan perundang-undangan, dan karenanya ditandatanganinya formulir ini oleh Saya adalah merupakan bukti tertulis pemberian ijin oleh Saya.
5. Saya dengan ini memberi ijin kepada PT ASURANSI JIWA ASTRA untuk menggunakan atau memberikan informasi atau keterangan mengenai Saya yang tersedia, diperoleh atau disimpan oleh PT ASURANSI JIWA ASTRA tetapi tidak terbatas kepada data informasi terkait nama, alamat, tanggal kelahiran, no. telepon, alamat e-mail dan data-data terkait lainnya untuk kepentingan penawaran produk-produk asuransi lainnya milik PT ASURANSI JIWA ASTRA, produk-produk rekanan/partner usaha PT ASURANSI JIWA ASTRA dan karenanya ditandatanganinya formulir ini oleh Saya

Ditandatangani di \_\_\_\_\_ Pada tanggal \_\_\_\_\_ (tanggal/bulan/tahun)

**DIISI OLEH PETUGAS PEMASARAN  
PT ASURANSI JIWA ASTRA YANG MELAYANI**

Nama Petugas Pemasaran :

No Tlp. Petugas Pemasaran :

\_\_\_\_\_  
Nama Jelas & Tanda Tangan Pemegang Polis (*Tanda tangan sesuai dengan fotokopi identitas*)