

FORMULIR PERUBAHAN PEMBAYARAN PREMI

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

Nama Pemegang Polis :		Nomor Polis :		<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																	
Nama Tertanggung :		_____																			
Alamat Sesuai Identitas :		_____																			
Kota/Provinsi :		_____				Kode Pos :		_____													
Telepon Rumah :		_____				Telepon Kantor :		_____													
Telepon Seluler :		_____				Email :		_____													

<input type="checkbox"/> Perubahan Metode Pembayaran Premi, menjadi: <input type="checkbox"/> Transfer <input type="checkbox"/> Autodebet*	<input type="checkbox"/> Perubahan Frekuensi Pembayaran Premi, menjadi: <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Semesteran <input type="checkbox"/> Triwulanan <input type="checkbox"/> Bulanan
<input type="checkbox"/> Perubahan Metode Pembayaran Autodebet* : <input type="checkbox"/> Perubahan Nomor Rekening / Kartu Kredit <input type="checkbox"/> Perubahan Pemilik Rekening / Kartu Kredit	

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

Keterangan :

Pernyataan dan Persetujuan Pemegang Polis

Dengan ini Saya menyatakan dan menyetujui bahwa :

- Formulir Perubahan Pembayaran Premi hanya berlaku untuk satu nomor Polis.
- Permohonan Perubahan Pembayaran Premi 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.
- 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.
- 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.
- 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 adalah merupakan bukti tertulis pemberian ijin oleh Saya.

Ditandatangani di _____ Pada tanggal _____ (tanggal/bulan/tahun)

 Nama Jelas & Tanda Tangan Pemegang Polis (Tanda tangan sesuai dengan KTP/Paspor/KITAS)

Aplikasi Layanan Nasabah Astra Life dalam Genggaman



my Portfolio
 Gabungkan semua polis Astra Life kamu untuk kemudahan mengakses manfaat dan melihat portofolio perlindunganmu



my Claim
 Anti ribet untuk pengajuan klaim kamu



my e-Card
 Akses e-card jadi lebih mudah untuk klaim di Rumah Sakit



my Fund Value
 Pantau portofolio dana unit link dalam satu aplikasi

Download sekarang di



Pusat Informasi dan Layanan Pengaduan

Syarat dan ketentuan yang berlaku terkait Produk Asuransi ini dapat diperoleh pada media berikut ini:

Contact Center Hello Astra Life



Senin - Minggu, 24 jam

E-mail & Whatsapp



Senin - Jumat, 08.00 - 16.00 WIB

Website & Social Media



Surat Menyurat & Walk-In Customer

