

FORMULIR PERUBAHAN (FORM.04)
Kepesertaan

Nomor Kepesertaan Nama Peserta
 Nomor Identitas Diri Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP)
 (lampirkan salinan) (lampirkan salinan)
 Tanggal Mulai Kepesertaan Nama Pemberi Kerja

Perubahan

- Perubahan alamat, telepon, dan e-mail
 Perubahan Pihak Yang Berhak Menerima Manfaat Pensiun
 Perubahan Kepesertaan dan Usia Pensiun Normal
 Perubahan status peserta
 Perubahan Pemberi Kerja
 Perubahan Iuran

Alamat, Telepon dan E-mail

Alamat rumah/tempat tinggal
 RT/RW /
 Kelurahan Kecamatan
 Kota Kode Pos Propinsi
 Telepon Telepon Seluler E-mail

Status Peserta

Status Perkawinan Menikah Janda/Duda Kewarganegaraan WNI WNA

Pemegang Kartu US Green Card / Ijin tinggal tetap di Amerika Serikat Ya Tidak

Negara, alamat tempat tinggal tetap dan No. telp di luar Indonesia (jika ada)

Pihak Yang Berhak Menerima Manfaat Pensiun

Bagi Peserta yang Menikah

Nama	Tanggal Lahir (tanggal/bulan/tahun)	Jenis Kelamin	Alamat	Hubungan Keluarga
<input type="text"/>	<input type="text"/>	L / P	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	L / P	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	L / P	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	L / P	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Pihak Yang Ditunjuk jika Belum Menikah

Nama	Tanggal Lahir (tanggal/bulan/tahun)	Jenis Kelamin	Alamat	Hubungan Keluarga
<input type="text"/>	<input type="text"/>	L / P	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	L / P	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Pemberi Kerja

Nama Pemberi Kerja
 Alamat
 RT/RW /
 Kota Kode Pos Propinsi
 Telepon Kantor Fax Kantor

Kepesertaan dan Usia Pensiun Normal

Kepesertaan Peserta Individu Peserta Kelompok Usia Pensiun Normal (40-65 tahun)
 (Bagi Peserta Kelompok, sesuai ketentuan Pemberi Kerja)

Iuran

Skala Iuran Nominal % dari penghasilan Besar Iuran

Tempat & Tanggal /

Tanda tangan Peserta

Beri tanda "x" pada pilihan
 Lembar 1 putih : Asli untuk Bagian Administrasi DPLK, Lembar 2 merah : Salinan untuk Peserta/Pemberi Kerja

DPLK ADM 12.22

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

 **1500282**
 Senin - Minggu, 24 jam

E-mail & Whatsapp

 hello@astralife.co.id
 08952-1500282
 Senin - Jumat, 08.00 - 16.00 WIB

Website & Social Media

www.astralife.co.id


Surat Menyurat & Walk-In Customer

PT ASURANSI JIWA ASTRA
 Pondok Indah Office Tower 3, Lantai 1
 Jl. Sultan Iskandar Muda Kav. V - TA
 Pondok Indah, Jakarta Selatan 12310