

Formulir Perubahan Polis (Financial)

Mohon melengkapi pertanyaan di bawah ini dengan benar, lengkap dan akurat, serta melampirkan dokumen kelengkapan yang diminta. Jika terjadi salah pengisian, harap dicoret dan bubuhkan tanda tangan Pemegang Polis disebelahnya sesuai dengan SPAJ/Specimen tanda tangan. Mohon tidak menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong.

A. Saya yang bertanda-tangan di bawah ini:

Nomor Polis

Nama Pemegang Polis

Jenis Kartu Identitas KTP SIM Paspor KITAS Berlaku s.d. (tgl/bln/thn)

No.Telepon Handphone Kantor Rumah:

Email

*) Jika Pengajuan pada Formulir ini disetujui dan terdapat perbedaan alamat email dan nomor telepon yang tertulis di formulir ini dengan yang ada pada data kami, maka alamat email dan nomor telepon yang tertera di formulir ini akan digunakan untuk memproses pengkinian data dan selanjutnya jika ada Pernyataan Transaksi Bulanan dan Tahunan atau laporan lainnya akan dialihkan melalui email.

B. Saya Mengajukan perubahan Manfaat Asuransi

1. Perubahan Asuransi Dasar dan/atau Top Up Berkala menjadi:

Perubahan	Asuransi Dasar (Rp)	Top Up Berkala (Rp)	Total (Rp)
<input type="checkbox"/> Uang Pertanggungan (UP)			
<input type="checkbox"/> Premi			

2. Perubahan Asuransi Tambahan (Rider) menjadi:

Tambah Rider	Hapus Rider	Naik UP	Turun UP	Asuransi Dasar (Rp)	Top Up Berkala (Rp)	Total (Rp)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Data Pemegang Polis dan/atau Pembayar Premi

- Pembayar premi Pemegang Polis Pembayar Premi Polis Lainnya _____
- Kategori pekerjaan Wiraswasta Pelajar/Mahasiswa Pegawai Swasta
 Profesional TNI/Polri Pensiunan
 Ibu Rumah Tangga Pensiunan Pegawai Negeri/ BUMN/BUMD/Perusahaan Negara/Pejabat Pemerintah Lainnya _____
- Nama Perusahaan/Bidang Usaha _____
- Jabatan/Uraian Pekerjaan _____
- Penghasilan kotor pertahun dari pekerjaan < Rp 60 Juta Rp 60 - 100 juta Rp 101 - 500 juta > Rp 500 juta
- Penghasilan lainnya pertahun < Rp 60 Juta Rp 60 - 100 juta Rp 101 - 500 juta > Rp 500 juta
- Sumber penghasilan lainnya Bonus/Komisi/Honor Penjualan Aset Hadiah/warisan Suami/Istri/orang tua
- Sumber dana pembayaran Premi Gaji Pencairan Investasi/tabungan Warisan Laba usaha
 Hasil Investasi Lainnya _____
- Alasan perubahan _____
- Masa Tunggu Ya Tidak

Ya) Jika mengambill Masa Tunggu maka medis sesuai table Underwriting biaya sendiri
 Tidak) Jika tidak mau ada Masa Tunggu maka wajib medis lengkap dengan biaya sendiri

Tanda-tangan Pemegang Polis Sesuai SPAJ/Spesimen Tanda-tangan

Nama lengkap

Nomor Polis

3. Perubahan Program Asuransi*)

Tanpa Pengembalian Premi

*)Khusus produk Zurich Principle

4. Perubahan Frekuensi Pembayaran Premi, menjadi :

Tahunan

6 Bulanan

3 Bulanan

Bulanan

5. Perubahan Media Pembayaran Premi,menjadi :

Debet Rekening*)

Debit Kartu Kredit

Bank Transfer

*)Untuk perubahan menjadi Debit Rekening atau Kartu Kredit,Anda tidak perlu mengisi formulir ini cukup mengisi Surat Kuasa Debit Rekening atau surat Kuasa Debit Kartu Kredit dan melengkapi dokumen persyaratan.

6. Cuti Premi

Pengajuan

Penghentian*)

*)Untuk penghentian Cuti Premi, mohon melampirkan slip bukti pembayaran Premi Lanjutan

7. Pinjaman Premi otomatis*)

Pelunasan**)

*) Khusus Produk Zurich Pro-Fit 8

*) Untuk pelunasan Pinjaman Premi Otomatis, mohon untuk melampirkan slip bukti pembayaran Lanjutan dan Bunga

8. Polis Bebas Premi Uang Pertanggungan Berkurang*)

*) Khusus produk Pro-Fit 8

C. Ketentuan

1. Pengajuan Perubahan Polis hanya dapat diajukan saat status Polis aktif.
2. Batas waktu penerimaan dokumen untuk permohonan Perubahan Polis (Financial) di Kantor Pusat PT Zurich Topas Life ("Penanggung") adalah pukul 14.00 WIB setiap hari kerja. Dokumen yang telah diisi dengan lengkap dan benar akan di proses pada hari yang sama.
3. Apabila dokumen tidak diisi dengan lengkap, dan/atau tidak benar, maka permohonan akan diproses pada hari kerja berikutnya, setelah dokumen perubahan Polis (Financial) dan kelengkapannya diterima oleh Penanggung.
4. Setiap dokumen perubahan yang telah diterima dan disetujui oleh Penanggung bersifat final dan tidak dapat dibatalkan.

D. Pernyataan Pemegang Polis

Dengan ini Saya menyatakan bahwa:

1. Saya telah membaca, memahami dan menyetujui Ketentuan sebagaimana terdapat dalam Polis dan Formulir Perubahan Polis (Financial).
2. Seluruh data dan dokumen kelengkapan yang Saya serahkan adalah benar.
3. Saya memberikan pembebasan sepenuhnya kepada Penanggung (termasuk afiliasinya, pemegang saham, direksi, komisaris, tenaga pemasar dan karyawannya) dari segala tuntutan, gangguan, ancaman, laporan, dan gugatan dan dalam bentuk apapun yang mungkin timbul, baik saat ini maupun di kemudian hari.

Ditanda-tangani di

Tanggal (tgl/bln/thn)

Tanda-tangan Pemegang Polls Sesuai SPAJ/Specimen Tanda-tangan

Nama lengkap

Tenaga Pemasar yang membantu

Nama _____
Cabang _____
No. Handphone _____
Email _____

Mohon sertakan dokumen kelengkapan sebagai berikut:

1. Formulir Perubahan Polis (Financial), yang diisi lengkap oleh Pemegang Polis.
2. Fotokopi kartu Identitas Diri Pemegang Polis dan Tertanggung yang masih berlaku.*
3. Ilustrasi (khusus perubahan Uang Pertanggungan, Premi, Rider).
4. Formulir Pernyataan Kesehatan (khusus penambahan Uang Pertanggungan dan Rider).*

Diterima dan diverifikasi oleh:	Diproses oleh:	Diperiksa oleh:
Nama/Tanggal:	Nama/Tanggal:	Nama/Tanggal: