Hanwha Life

FORMULIR PERUBAHAN UANG PERTANGGUNGAN/PREMI & RIDER

1. Wajib mengisi Form Pernyataan Kesehatan jika ada kenaikan Uang Pertanggungan atau Penambahan Asuransi Tambahan (Rider)
2. Kenaikan Uang Pertanggungan dan Penambahan Asuransi Tambahan mengacu kepada persyaratan Underwriting
3. Biaya Perubahan Polis sebesar Rp. 30.000 kecuali menggunakan email

Saya yang bertandatangan di bawah ini adalah Pemegang Polis dengan data sebagai berikut:

Nomor Polis : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nama Pemegang Polis : _____

Alamat : _____

_____

Kelurahan : _____ Kecamatan : _____ RT/RW : _____ / _____

Kota : _____ Kode Pos : _____

E-Mail : _____ HP : _____

No. Telp. Rumah : _____ - _____ Kantor : _____ - _____

DIISI DENGAN HURUF CETAK DAN DILENGKAPI DENGAN MEMBERI TANDA √ PADA KOTAK YANG TERSEDIA

1. PERUBAHAN JUMLAH UANG PERTANGGUNGAN

Dengan ini saya / kami mengajukan permohonan perubahan Uang Pertanggungan :

☐ Penambahan Uang Pertanggungan ☐ Penurunan Uang Pertanggungan

Uang Pertanggungan baru : _____

Premi Dasar Berkala : _____

Top Up Berkala : _____

2. PERUBAHAN DATA ASURANSI TAMBAHAN (RIDER)

Dengan ini saya / kami mengajukan permohonan perubahan Asuransi Tambahan (Rider) untuk :

☐ Penambahan Asuransi Tambahan (Rider)* ☐ Penurunan Asuransi Tambahan (Rider)*

**) untuk jenis Asuransi Tambahan (Rider) yang akan ditambahkan atau dikurangkan, mohon diisi pada DATA ASURANSI TAMBAHAN (RIDER) dibawah ini.*

DATA ASURANSI TAMBAHAN (RIDER)

Pilih tanda "V" untuk jenis Asuransi Tambahan (Rider) yang akan ditambahkan atau Pilih Tanda "X" untuk Asuransi Tambahan (Rider) yang akan dikurangkan.

TU	TT1	TT2	TT3	TT4	JENIS ASURANSI TAMBAHAN (RIDER)	S/D USIA	UANG PERTANGGUNGAN (Rp)	TU	TT1	TT2	TT3	TT4	JENIS ASURANSI TAMBAHAN (RIDER)	S/D USIA	UANG PERTANGGUNGAN (Rp)
☐	☐	☐	☐	☐	ADB	65 Thn		☐	☐	☐	☐	☐	Payor of Premium - CI	65 Thn	
☐	☐	☐	☐	☐	ADDB	65 Thn		☐	☐	☐	☐	☐	Payor of Premium - TPD	65 Thn	
☐	☐	☐	☐	☐	AHCP	65 Thn		☐	☐	☐	☐	☐	Payor of Premium - Death	65 Thn	
☐	☐	☐	☐	☐	HCP	65 Thn		☐	☐	☐	☐	☐	Spouse Payor - CI	65 Thn	
☐	☐	☐	☐	☐	CI	65 Thn		☐	☐	☐	☐	☐	Spouse Payor - TPD	65 Thn	
☐	☐	☐	☐	☐	TPD	65 Thn		☐	☐	☐	☐	☐	Spouse Payor - Death	65 Thn	
☐	☐	☐	☐	☐	Term Rider	65 Thn		☐	☐	☐	☐	☐	HHP	75 Thn	
☐	☐	☐	☐	☐	Waiver of Premium - CI	65 Thn		☐	☐	☐	☐	☐	Medi Guard	65 Thn	
☐	☐	☐	☐	☐	Waiver of Premium - TPD	65 Thn		☐	☐	☐	☐	☐	CI Accelerated	70 Thn	

Ket :
TU untuk Calon Tertanggung Utama
TT1 untuk Calon Tertanggung Tambahan I
TT2 untuk Calon Tertanggung Tambahan II
TT3 untuk Calon Tertanggung Tambahan III
TT4 untuk Calon Tertanggung Tambahan IV

*Lingkari salah satu pilihan usia yang dikehendaki

PT. Hanwha Life Insurance Indonesia
World Trade Center Building 1 (WTC 1), 12th Floor. Jl. Jend. Sudirman Kav. 29. Jakarta 12920
Telp. : 021-50816100 | Fax. : 02150816111 | care@hanwhalife.co.id
PT. Hanwha Life Insurance telah terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

Hanwha Life

DATA PRIBADI TERTANGGUNG DIBAWAH INI WAJIB DI ISI OLEH MASING-MASING TERTANGGUNG APABILA PERMOHONAN YANG DIAJUKAN ADALAH PENAMBAHAN ASURANSI TAMBAHAN (RIDER)

DATA PRIBADI CALON TERTANGGUNG UTAMA

1. Nama Lengkap (sesuai KTP/SIM/Passport) :
2. Alamat Penagihan/Korespondensi :

   Kelurahan _____ Kecamatan _____ Telp Rumah
   Kota _____ Kode Pos _____ Hand Phone
   Email
   Kewarganegaraan
3. Jenis Kelamin : ☐ Laki-laki ☐ Perempuan
4. Status : ☐ Menikah ☐ Belum Menikah ☐ Lain-lain
5. Jenis Identitas : ☐ KTP ☐ Paspor Nomor Identitas :
   ☐ SIM ☐ Akte Kelahiran Nomor NPWP :
   ☐ Lainnya Tempat Lahir :
   Tanggal Lahir : - - Umur : Tahun
6. Pekerjaan/Bidang Usaha :
7. Alamat Perusahaan :
8. Nama Perusahaan :
9. Jabatan :
10. Uraian Pekerjaan :
11. Hubungan Calon Tertanggung dengan Calon Pemegang Polis : ☐ Suami/Istri ☐ Anak ☐ Orang tua ☐ *) Saudara Kandung ☐ *) Lainnya
    *) Sebutkan alasan mengasuransikannya :

DATA PRIBADI CALON TERTANGGUNG TAMBAHAN I

1. Nama Lengkap (sesuai KTP/SIM/Passport) :
2. Alamat Penagihan/Korespondensi :

   Kelurahan _____ Kecamatan _____ Telp Rumah
   Kota _____ Kode Pos _____ Hand Phone
   Email
   Kewarganegaraan
3. Jenis Kelamin : ☐ Laki-laki ☐ Perempuan
4. Status : ☐ Menikah ☐ Belum Menikah ☐ Lain-lain
5. Jenis Identitas : ☐ KTP ☐ Paspor Nomor Identitas :
   ☐ SIM ☐ Akte Kelahiran Nomor NPWP :
   ☐ Lainnya Tempat Lahir :
   Tanggal Lahir : - - Umur : Tahun
6. Pekerjaan/Bidang Usaha :
7. Alamat Perusahaan :
8. Nama Perusahaan :
9. Jabatan :
10. Uraian Pekerjaan :
11. Hubungan Calon Tertanggung dengan Calon Pemegang Polis : ☐ Suami/Istri ☐ Anak ☐ Orang tua ☐ *) Saudara Kandung ☐ *) Lainnya
    *) Sebutkan alasan mengasuransikannya :

DATA PRIBADI CALON TERTANGGUNG TAMBAHAN II

1. Nama Lengkap (sesuai KTP/SIM/Passport) :
2. Alamat Penagihan/Korespondensi :

   Kelurahan _____ Kecamatan _____ Telp Rumah
   Kota _____ Kode Pos _____ Hand Phone
   Email
   Kewarganegaraan
3. Jenis Kelamin : ☐ Laki-laki ☐ Perempuan
4. Status : ☐ Menikah ☐ Belum Menikah ☐ Lain-lain
5. Jenis Identitas : ☐ KTP ☐ Paspor Nomor Identitas :
   ☐ SIM ☐ Akte Kelahiran Nomor NPWP :
   ☐ Lainnya Tempat Lahir :
   Tanggal Lahir : - - Umur : Tahun
6. Pekerjaan/Bidang Usaha :
7. Alamat Perusahaan :
8. Nama Perusahaan :
9. Jabatan :
10. Uraian Pekerjaan :
11. Hubungan Calon Tertanggung dengan Calon Pemegang Polis : ☐ Suami/Istri ☐ Anak ☐ Orang tua ☐ *) Saudara Kandung ☐ *) Lainnya
    *) Sebutkan alasan mengasuransikannya :

PT. Hanwha Life Insurance Indonesia
World Trade Center Building 1 (WTC 1), 12th Floor. Jl. Jend. Sudirman Kav. 29. Jakarta 12920
Telp. : 021-50816100 | Fax. : 02150816111 | care@hanwhalife.co.id
PT. Hanwha Life Insurance telah terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

Hanwha Life

DATA PRIBADI CALON TERTANGGUNG TAMBAHAN III

1. Nama Lengkap (sesuai KTP/SIM/Passport) :
2. Alamat Penagihan/Korespondensi :

Kelurahan _____ Kecamatan _____ Telp Rumah
Kota _____ Kode Pos _____ Hand Phone
Email
Kewarganegaraan

3. Jenis Kelamin : ☐ Laki-laki ☐ Perempuan
4. Status : ☐ Menikah ☐ Belum Menikah ☐ Lain-lain
5. Jenis Identitas : ☐ KTP ☐ Paspor Nomor Identitas :
   ☐ SIM ☐ Akte Kelahiran Nomor NPWP :
   ☐ Lainnya Tempat Lahir :
   Tanggal Lahir : - - Umur : Tahun
6. Pekerjaan/Bidang Usaha :
7. Alamat Perusahaan :
8. Nama Perusahaan :
9. Jabatan :
10. Uraian Pekerjaan :
11. Hubungan Calon Tertanggung dengan Calon Pemegang Polis : ☐ Suami/Istri ☐ Anak ☐ Orang tua ☐ *) Saudara Kandung ☐ *) Lainnya
    *) Sebutkan alasan mengasuransikannya :

DATA PRIBADI CALON TERTANGGUNG TAMBAHAN IV

1. Nama Lengkap (sesuai KTP/SIM/Passport) :
2. Alamat Penagihan/Korespondensi :

Kelurahan _____ Kecamatan _____ Telp Rumah
Kota _____ Kode Pos _____ Hand Phone
Email
Kewarganegaraan

3. Jenis Kelamin : ☐ Laki-laki ☐ Perempuan
4. Status : ☐ Menikah ☐ Belum Menikah ☐ Lain-lain
5. Jenis Identitas : ☐ KTP ☐ Paspor Nomor Identitas :
   ☐ SIM ☐ Akte Kelahiran Nomor NPWP :
   ☐ Lainnya Tempat Lahir :
   Tanggal Lahir : - - Umur : Tahun
6. Pekerjaan/Bidang Usaha :
7. Alamat Perusahaan :
8. Nama Perusahaan :
9. Jabatan :
10. Uraian Pekerjaan :
11. Hubungan Calon Tertanggung dengan Calon Pemegang Polis : ☐ Suami/Istri ☐ Anak ☐ Orang tua ☐ *) Saudara Kandung ☐ *) Lainnya
    *) Sebutkan alasan mengasuransikannya :

PERNYATAAN DAN KUASA

1. Saya/Kami menyatakan dengan sebenarnya bahwa semua pernyataan dan jawaban di atas berikut pernyataan dan jawaban dalam setiap pemeriksaan kesehatan serta formulir tambahan yang diperlukan atau perubahannya, adalah lengkap dan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya. Saya menyetujui bahwa apabila pernyataan dan jawaban di atas tidak benar, maka penanggung berhak untuk membatalkan kontrak asuransi jiwa ini sejak awal, dan tidak wajib mengembalikan premi, membayar klaim manfaat asuransi serta ganti rugi apapun.
2. Saya/Kami menyetujui bahwa semua keterangan yang diberikan dalam Pernyataan Kesehatan, dan dalam setiap pemeriksaan kesehatan serta formulir tambahan yang diperlukan atau perubahan-perubahannya bersama Polis yang bersangkutan, merupakan bagian dari kontrak asuransi jiwa secara keseluruhan sepanjang hal itu berhubungan dengan Polis.
3. Saya/Kami memberikan kuasa kepada setiap Dokter/Rumah Sakit/Klinik/Puskesmas/Laboratorium, perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi, badan, instansi/lembaga atau lain yang mempunyai catatan riwayat kesehatan saya, untuk mengungkapkan kepada Penanggung semua keterangan tentang catatan riwayat kesehatan saya. Salinan/fotokopi dari kuasa ini sama sah berlakunya seperti dokumen aslinya.
4. Untuk Penambahan Asuransi Tambahan (Rider):
   a. apabila telah disetujui oleh Penanggung maka efektif berlaku adalah pada tanggal penagihan biaya asuransi terdekat.
   b. Saya/Kami tidak berhak mengajukan Klaim apapun untuk kejadian yang terjadi sebelum tanggal dimana Asuransi Tambahan (Rider) ini dinyatakan diberlakukan oleh Penanggung.
5. Saya/Kami menyetujui bahwa Penanggung memiliki hak sepenuhnya untuk menyetujui atau menolak permohonan perubahan Asuransi Tambahan (Rider).
6. Saya/Kami bersedia melakukan pemeriksaan kesehatan apabila diperlukan oleh Penanggung dan semua biaya yang timbul dari pemeriksaan kesehatan tersebut menjadi tanggungan saya.
7. Saya/Kami menyetujui Penanggung untuk melakukan perubahan alamat korespondensi berdasarkan yang tercantum pada formulir perubahan Asuransi Tambahan (Rider) ini.
8. Saya/Kami bersedia membayarkan selisih Premi (bila ada) ke rekening Penanggung dalam permohonan perubahan Asuransi Tambahan (Rider).
9. Bersama ini saya/kami lampirkan fotokopi KTP/Identitas lain, yang masih berlaku.
10. Bila permohonan perubahan Asuransi Tambahan (Rider) ini tidak disetujui oleh Penanggung, maka Penanggung akan mengembalikan biaya perubahan Polis dan selisih Premi yang telah dibayar untuk pengajuan perubahan polis (jika ada) ke data rekening yang tertera pada formulir ini tanpa memberikan bunga apapun.
11. Biaya Administrasi perubahan Rp 30.000,-

Ditandatangani di : _____ ,Tgl _____ / Bln _____ / Thn _____

Tanda Tangan dan Nama Lengkap Pemegang Polis	Tanda Tangan dan Nama Lengkap Tertanggung Utama	Tanda Tangan dan Nama Lengkap Tertanggung Tambahan I	Tanda Tangan dan Nama Lengkap Orang Tua Tertanggung dibawah 18th	Tanda Tangan dan Nama Lengkap Agen/Tenaga Pemasar

PT. Hanwha Life Insurance Indonesia
World Trade Center Building 1 (WTC 1), 12th Floor. Jl. Jend. Sudirman Kav. 29. Jakarta 12920
Telp. : 021-50816100 | Fax. : 02150816111 | care@hanwhalife.co.id
PT. Hanwha Life Insurance telah terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan