

## FORMULIR PERUBAHAN INFORMASI NASABAH

Saya, Pemegang Polis yang bertanda tangan di bawah ini:

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

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

Dengan ini mengajukan permintaan serta memberikan pernyataan sebagai berikut :

### HANYA DIISI UNTUK BAGIAN YANG DILAKUKAN PERUBAHAN

☐ **Perubahan Alamat :**

☐ Rumah ☐ Kantor ☐ Korespondensi

\_\_\_\_\_ Kode Pos \_\_\_\_\_

☐ **Perubahan Data Lain:**

No. Telepon : \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ No. Fax: \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

No. HP : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Dengan ini saya menyetujui bahwa alamat email ini digunakan oleh PT Asuransi Jiwa Sinarmas MSIG Tbk. untuk mengirimkan informasi secara elektronik.

☐ **Perubahan Data Rekening Manfaat:**

Nama Pemilik Rekening : \_\_\_\_\_

Bank : \_\_\_\_\_

Cabang : \_\_\_\_\_

Nomor Rekening : \_\_\_\_\_

Mata Uang Rekening : \_\_\_\_\_

☐ **Yang Ditunjuk / Penerima Manfaat yang berhak menerima Uang Pertanggungan / Santunan Asuransi bila Tertanggung / Pihak Yang Diasuransikan Utama meninggal:**

Nama Lengkap (Sesuai dengan bukti diri yang sah)	Tanggal Lahir (Tgl-Bln-Thn)	Jenis Kelamin (L/P)	Hubungan dengan Tertanggung / Pihak yang Diasuransikan Utama	%

\*Total pembagian manfaat 100%, bila persentase tidak diisi maka manfaat dibagi sesuai ketentuan yang berlaku.

☐ **Perubahan Tandatangan**

- Saya menyatakan mengajukan perubahan dan penggantian tanda tangan untuk seluruh transaksi yang berkaitan dengan pertanggungan saya pada PT Asuransi Jiwa Sinarmas MSIG Tbk sebagaimana tanda tangan baru yang tercantum dalam specimen Formulir Pernyataan Perubahan Tanda Tangan ini ("Formulir"), sebagai berikut:

Specimen tanda tangan lama (ditandatangani 3 kali)

A.	B.	C.
----	----	----

Specimen tanda tangan baru (ditandatangani 3 kali)

A.	B.	C.
----	----	----

Tanda tangan ini sesuai dengan kartu identitas diri (ID) yang terlampir yaitu:

☐ KTP ☐ Paspor

- Saya menyatakan dan menyetujui bahwa penulisan dan karakteristik yang menyerupai atau sama dengan specimen tanda tangan baru di atas akan dinyatakan sebagai tandatangan asli serta akan diakui kebenarannya dan keabsahannya sebagai tandatangan saya sendiri, termasuk terhadap perbedaan yang terdapat pada setiap tandatangan yang saya buat kemudian merupakan tanggung jawab saya sepenuhnya.
- Saya menyatakan dan menyetujui bahwa dengan ditandatanganinya Formulir Pernyataan Perubahan Tanda Tangan ini, maka untuk seluruh transaksi ke depannya mengenai pertanggungan saya pada PT Asuransi Jiwa Sinarmas MSIG Tbk akan menggunakan tanda tangan sesuai dengan specimen tanda tangan baru di atas.
- Saya menyatakan dan menjamin bahwa seluruh informasi dan data yang dicantumkan dalam Formulir Pernyataan Perubahan Tanda Tangan ini adalah benar, apabila dikemudian hari ditemukan informasi dan data yang saya berikan keliru atau tidak benar, maka saya melepaskan dan membebaskan PT Asuransi Jiwa Sinarmas MSIG Tbk dari segala perlawanan, tuntutan, gugatan dalam bentuk apapun termasuk namun tidak terbatas pada permintaan ganti rugi dari pihak manapun.

Demikian Formulir Pernyataan Perubahan Tanda Tangan ini saya buat dan tandatangani tanpa paksaan dari pihak manapun untuk dipergunakan sesuai maksud dan tujuan tersebut di atas.

Ditandatangani di \_\_\_\_\_

Tanggal        
(Tgl/Bln/Thn)

Lampirkan fotokopi identitas diri

Pemegang Polis

\_\_\_\_\_  
Tanda Tangan & Nama Jelas

Jangan menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong