

FORMULIR ASSIGNMENT COLLATERAL

- Mohon formulir diisi LENGKAP dengan menggunakan huruf CETAK dan pastikan Anda melengkapi persyaratan yang wajib dilampirkan.
- Mohon tidak menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong dan pastikan semua informasi yang dibutuhkan telah dipenuhi sebelum menandatangani.
- Mohon tidak menghapus jawaban Anda dengan cara apapun. Apabila koreksi perlu dilakukan, silakan coret tulisan yang akan dikoreksi, cantumkan jawaban yang diinginkan dan bubuhkan tanda tangan Anda. Pastikan tanda tangan Anda sesuai dengan tanda tangan pada kartu identitas Anda.
- Permohonan yang diproses adalah permohonan dengan formulir asli dan ditandatangani oleh Pemilik Polis.
- Data yang tercantum dalam formulir ini akan digunakan untuk memproses pengajuan Anda. Apabila informasi yang tercantum tidak lengkap, maka PT Sun Life Financial Indonesia berhak untuk tidak melanjutkan proses pengajuan Anda sampai seluruh informasi tersebut dilengkapi.
- Apabila di kemudian hari data yang terdapat dalam formulir ini tidak benar atau perlu diperbaharui, Anda dapat mengajukan perbaikan atau pembaharuan data dengan menghubungi Call Center kami di 1 500 786 atau melalui email sli_care@sunlife.com atau WA Interaktif: +6281-321-500-786
- Data yang tercantum di dalam formulir ini adalah milik PT Sun Life Financial Indonesia. Seluruh karyawan, karyawan alih daya dan tenaga pemasar PT Sun Life Financial Indonesia wajib menjaga kerahasiaan data tersebut dan tidak diperkenankan untuk mempublikasikan atau menyebarkan atau memberikan data tersebut kepada pihak yang tidak berwenang tanpa izin tertulis sebelumnya dari PT Sun Life Financial Indonesia. Apabila formulir ini tersebar tanpa sengaja atau tidak tersimpan dengan baik, mohon untuk memberitahukan segera melalui email ke sli_care@sunlife.com atau nomor telepon 1 500 786 atau WA Interaktif: +6281-321-500-786

Dokumen yang wajib dilampirkan:

- Formulir Collateral (yang sudah ditandatangani dan diisi lengkap)
- Surat Pernyataan Asli dari Bank/Lembaga Keuangan
- Fotokopi E-KTP (untuk WNI) atau Paspor dan KIMS/ KITAS/ KITAP (untuk WNA) atas nama Pemilik Polis yang masih berlaku dan jelas
- Fotokopi E-KTP (untuk WNI) atau Paspor dan KIMS/ KITAS/ KITAP (untuk WNA) atas nama Penerima manfaat yang masih berlaku dan jelas

PERIHAL:

PEMBERITAHUAN PENGALIHAN HAK ATAS POLIS (ASSIGNMENT AS COLLATERAL SECURITY)

Nomor Polis :

Nama Pemilik Polis :

NIK :(Cantumkan Nomor Induk Kependudukan)

Nama Tertanggung :

Alamat Saat ini :

Nomor Telepon : Rumah: Kantor: Ext:
Handphone.....(WAJIB diisi dengan nomor telpon yang aktif)

Jumlah Uang Pertanggungan yang dialihkan : (%)

Bersama ini, Saya selaku Pemilik Polis tersebut diatas.

Sehubungan dengan kewajiban yang Saya miliki terhadap pihak yang menerima pengalihan ("Penerima Pengalihan") di bawah ini, dengan ini Saya bermaksud memberitahukan kepada PT. SUN LIFE FINANCIAL INDONESIA bahwa hak dan Uang Pertanggungan yang timbul berdasarkan Polis tersebut di atas telah Saya alihkan seluruhnya atau sebagian kepada Penerima Pengalihan dan karenanya Uang Pertanggungan tersebut akan menjadi hak Penerima Pengalihan ("Pengalihan Hak Atas Polis") sampai dengan kewajiban Saya terhadap pihak Penerima Pengalihan terselesaikan:

Penerima Pengalihan:

Nama :

Alamat :

Pernyataan dan Persetujuan Pemilik Polis

Dengan ini Saya/kami menyatakan dan menyetujui bahwa:

- Dalam rangka Pengalihan Hak Atas Polis ini dan pelaksanaannya, Saya/kami akan senantiasa melindungi, melepaskan PT Sun Life Financial Indonesia selanjutnya disebut "Perusahaan" terhadap setiap tuntutan atau gugatan apapun, baik langsung maupun tidak langsung dan dari pihak manapun sehubungan dengan Pengalihan Hak Atas Polis ini atau dengan dasar apapun lainnya.

2. Saya/kami mengerti, memahami dan menyetujui jika diperlukan Perusahaan berhak untuk melakukan verifikasi transaksi termasuk berupa pengajuan permintaan informasi tambahan, konfirmasi kepada Pemilik Polis dan/atau pembayaran dana perubahan. Pengajuan Perubahan Polis yang tertera pada formulir akan diselesaikan dalam waktu 5 hari kerja dari dokumen diterima lengkap, lolos verifikasi pihak terkait (jika diperlukan) dan dana perubahan diterima lengkap (jika ada). Perubahan akan berlaku apabila telah disetujui oleh Perusahaan dan akan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari Polis.
3. Saya/kami mengizinkan Perusahaan untuk memperoleh, mengumpulkan, mengolah, menganalisis, menyimpan, memperbaiki, memperbarui, menampilkan, mengumumkan, mentransfer, menyebarluaskan atau mengungkapkan, dan/atau menghapus atau memusnahkan seluruh data dan informasi pribadi yang sudah Saya/kami berikan kepada Perusahaan, afiliasi dan mitra bisnis dan/atau sudah dimiliki Perusahaan, afiliasi dan mitra bisnis mengenai diri Saya/kami untuk tujuan investigasi, riset dan analisis pemasaran dan tujuan lainnya.
4. Saya/Kami dapat menarik kembali persetujuan pemrosesan Data Pribadi Saya/Kami yang telah diberikan kepada Perusahaan, kecuali untuk kepentingan investigasi terkait pembayaran Manfaat Asuransi dan hal lain sehubungan dengan Polis serta ketentuan yang diatur dalam peraturan perundang-undangan
5. Saya/kami menyatakan persetujuan untuk menerima korespondensi, pengkian informasi, penawaran produk dan/atau layanan dari Perusahaan, afiliasi dan mitra bisnis melalui surat, telepon, telepon seluler, e-mail, maupun saluran komunikasi pribadi lainnya.
6. Saya/kami telah membaca, mengerti, memahami dan menyetujui persyaratan dan ketentuan Perubahan Polis yang tertera pada formulir ini. Segala akibat yang timbul sehubungan dengan perubahan polis ini menjadi tanggung jawab Saya/kami sepenuhnya dan dengan ini Saya/kami membebaskan Perusahaan dari segala macam tuntutan atau gugatan dalam bentuk apapun dari pihak manapun termasuk dari Saya/kami.

Demikianlah Surat Pemberitahuan Pengalihan Hak Atas Polis ini Saya buat.

Ditandatangani di Pada tanggal / / (Tanggal/Bulan/Tahun)

Hormat Saya,
Pemilik Polis

Materai Rp 10.000

Nama :

Tertanggung,

Materai Rp10.000

Nama :

Diketahui & Disetujui :

Penerima Manfaat 1

Nama :

Penerima Manfaat 2

Nama :

Penerima Manfaat 3

Nama :

Penerima Manfaat 4

Nama :

Penerima Manfaat 5

Nama :

Penerima Manfaat 6

Nama :

Penerima Manfaat 7

Nama :

Penerima Manfaat 8

Nama :

Penerima Pengalihan

Nama :

Jabatan :