PT SUN LIFE FINANCIAL SYARIAH INDONESIA

Menara Sun Life
Jln. Dr. Ide Anak Agung Gde Agung Blok 6.3
Kawasan Mega Kuningan Jakarta 12950
www.sunlife.co.id

Pusat Layanan Nasabah
Telp: 021-50995121 WA Interaktif: +6281-321-500-786
E-mail: SLI_Care.Syariah@sunlife.com
PT Sun Life Financial Syariah Indonesia telah berizin dan diawasi oleh OJK

FORMULIR *ASSIGNMENT COLLATERAL*

- Mohon isi formulir dengan lengkap menggunakan huruf cetak dan pastikan Anda melengkapi persyaratan yang wajib dilampirkan.
- Mohon tidak menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong. Pastikan semua informasi yang dibutuhkan telah dilengkapi sebelum Anda menandatanganinya.
- Mohon tidak menghapus jawaban Anda dengan cara apa pun. Apabila perlu dilakukan koreksi, silakan coret tulisan yang akan dikoreksi, cantumkan jawaban yang diinginkan, dan bubuhkan tanda tangan Anda. Pastikan tanda tangan tersebut sesuai dengan tanda tangan pada kartu identitas Anda.
- Permohonan hanya akan diproses apabila diajukan menggunakan formulir asli yang telah ditandatangani oleh Pemegang Polis.
- Data yang tercantum dalam formulir ini akan digunakan untuk memproses pengajuan Anda. Apabila informasi yang tercantum tidak lengkap, PT Sun Life Financial Syariah Indonesia berhak untuk tidak melanjutkan proses pengajuan Anda hingga seluruh informasi tersebut dilengkapi.
- Apabila di kemudian hari data yang tercantum dalam formulir ini diketahui tidak benar atau perlu diperbarui, Anda dapat mengajukan perbaikan atau pembaruan data dengan menghubungi Pusat Layanan kami di 021-50995121, melalui surel SLI_Care.Syariah@sunlife.com, atau melalui WhatsApp Interaktif di +6281-321-500-786.
- Data yang tercantum dalam formulir ini adalah milik PT Sun Life Financial Syariah Indonesia. Seluruh karyawan, karyawan alih daya, dan tenaga pemasar PT Sun Life Financial Syariah Indonesia wajib menjaga kerahasiaan data tersebut serta tidak diperkenankan memublikasikan, menyebarkan, atau memberikan data tersebut kepada pihak yang tidak berwenang tanpa izin tertulis terlebih dahulu dari PT Sun Life Financial Syariah Indonesia. Apabila formulir ini tersebar secara tidak sengaja atau tidak tersimpan dengan baik, mohon segera melaporkannya melalui surel SLI_Care.Syariah@sunlife.com, telepon 021-50995121, atau WhatsApp Interaktif di +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 Pemegang 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 Pemegang Polis : .....

NIK : .....*(Cantumkan Nomor Induk Kependudukan)*

Nama Peserta : .....

Alamat Saat ini : .....

Nomor Telepon : Rumah: ..... Kantor: .....Ext: .....

Nomor Ponsel.....*(WAJIB diisi dengan nomor telpon yang aktif)*

Jumlah Manfaat Asuransi / Santunan yang dialihkan : ..... (%)

Bersama ini, Saya selaku Pemegang 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 SYARIAH INDONESIA bahwa hak dan Manfaat Asuransi / Santunan yang timbul berdasarkan Polis tersebut di atas telah Saya alihkan seluruhnya atau sebagian kepada Penerima Pengalihan dan karenanya Manfaat Asuransi / Santunan 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 Pemegang Polis

Dengan ini Saya/kami menyatakan dan menyetujui bahwa:

1. Dalam rangka Pengalihan Hak Atas Polis ini dan pelaksanaannya, Saya/kami akan senantiasa melindungi, melepaskan PT Sun Life Financial Syariah Indonesia selanjutnya disebut "Pengelola" 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 Pengelola berhak untuk melakukan verifikasi transaksi termasuk berupa pengajuan permintaan informasi tambahan, konfirmasi kepada Pemegang 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 perubahahan diterima lengkap (jika ada). Perubahan akan berlaku apabila telah disetujui oleh Pengelola dan akan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari Polis.
3. Saya/kami mengizinkan Pengelola 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 Pengelola, afiliasi dan mitra bisnis dan/atau sudah dimiliki Pengelola, 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 Pengelola, 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, pengkinian informasi, penawaran produk dan/atau layanan dari Pengelola, 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 Pengelola 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, Pemegang Polis *Materai Rp 10.000* Nama:	Peserta, *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: .....