

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 buhukkan 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 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 KTP atas nama Pemilik Polis yang masih berlaku dan jelas
- Fotokopi KTP 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 :

Kota/ Provinsi: Kode Pos:

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 ("SLFI") 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 ("Peralihan Hak Atas Polis") sampai dengan kewajiban Saya terhadap pihak Penerima Pengalihan terselesaikan:

Penerima Pengalihan:

Nama :

Alamat :

Pernyataan dan Persetujuan Pemilik Polis

Dengan ini Saya menyatakan dan menyetujui bahwa:

1. Dalam rangka Pengalihan Hak Atas Polis ini dan pelaksanaannya, Saya akan senantiasa melindungi, melepaskan SLFI 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. Selanjutnya Saya berjanji untuk tidak akan mengajukan tuntutan atau gugatan apapun dan dengan dasar apapun, baik langsung maupun tidak langsung kepada SLFI
2. Saya mengizinkan SLFI untuk mengumpulkan, menggunakan, menyingkapkan, menyimpan, mengelola dan/atau memproses seluruh data dan informasi pribadi yang sudah Saya berikan kepada SLFI dan/atau sudah dimiliki SLFI mengenai diri Saya kepada Penerima Pengalihan untuk tujuan Pengalihan Hak Atas Polis.
3. Seluruh ketentuan dan informasi yang tercantum dalam formulir ini merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis dan apabila ternyata informasi/keterangan yang Saya berikan tidak benar maka SLFI berhak menolak pengajuan Pengalihan Hak atas Polis ataupun membatalkan Polis sesuai dengan ketentuan Polis.

Demikianlah Surat Pemberitahuan Pengalihan Hak Atas Polis ini Saya buat.

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

Hormat Saya, Pemilik Polis <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 10px auto;">Materai Rp 10.000</div>
Nama :

Tertanggung, <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 10px auto;">Materai Rp10.000</div>
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 :