

No. Dok.: TL/DDP/PK/09

FORMULIR PENGAJUAN TOP UP PREMI

JENIS PRODUK

BERITANDA DALAM KOTAK PERTANYAAN PILIHAN

TASPEN
SMART SAVE

TASPEN SAVE

LAIN-LAIN _____

1. DATA PEMEGANG POLIS

ISI/LENGGAPI/CORET/APABILAPERLU | BERITANDA DALAM KOTAK PERTANYAAN PILIHAN | JIKA PENGISIAN SALAH HARAP DICORET & DITANDATANGANI (DILARANG MENGGUNAKAN TIP EX) | DATA WAJIB DIISI DENGAN BENAR & LENGKAP | JANGAN MENANDATANGANI FORMULIR DENGAN KEADAAN KOSONG | APABILA TERDAPAT KESALAHAN ATAU PERBEDAAN INFORMASI MAKA PENGAJUAN DAPAT DIBATALKAN OLEH TASPEN LIFE

Nomor Polis (Wajib Diisi) :

Nomor Virtual Account :

Nama Lengkap Pemegang Polis : _____ Jenis Kelamin L P

Nomor NIK / NIP (Wajib Diisi) :

Alamat : _____

RT/RW : ____/____ Kode Pos _____ Kelurahan _____

Kecamatan : _____ Kota _____

No. Handphone (Wajib Diisi) : _____ No. Telp _____ Email _____

*No.HP dan Email yang tertera akan menjadi data terbaru bagi PT Asuransi Jiwa Taspen untuk keperluan konfirmasi, pengiriman SMS dan WA.

2. DATA TERTANGGUNG/ PESERTA (Yang Diasuransikan)

ISI/LENGGAPI/CORET/APABILAPERLU | BERITANDA DALAM KOTAK PERTANYAAN PILIHAN | JIKA PENGISIAN SALAH HARAP DICORET & DITANDATANGANI (DILARANG MENGGUNAKAN TIP EX) | DATA WAJIB DIISI DENGAN BENAR & LENGKAP | JANGAN MENANDATANGANI FORMULIR DENGAN KEADAAN KOSONG | APABILA TERDAPAT KESALAHAN ATAU PERBEDAAN INFORMASI MAKA PENGAJUAN DAPAT DIBATALKAN OLEH TASPEN LIFE.

Nama Lengkap Tertanggung : _____ Jenis Kelamin L P

Hubungan dengan Tertanggung : _____

Tanggal Lahir : (DD – MM – YYYY)

Pekerjaan : _____

3. JUMLAH TOP UP PREMI

ISI/LENGGAPI/CORET/APABILAPERLU | BERITANDA DALAM KOTAK PERTANYAAN PILIHAN | JIKA PENGISIAN SALAH HARAP DICORET & DITANDATANGANI (DILARANG MENGGUNAKAN TIP EX) | DATA WAJIB DIISI DENGAN BENAR & LENGKAP | JANGAN MENANDATANGANI FORMULIR DENGAN KEADAAN KOSONG | APABILA TERDAPAT KESALAHAN ATAU PERBEDAAN INFORMASI MAKA PENGAJUAN DAPAT DIBATALKAN OLEH TASPEN LIFE.

Premi Peserta Saat Ini : Rp _____

Taspen Save Top Up : Sekaligus/ Single Rp _____ (Minimal Rp 1.000.000,-)

Taspen Smart Save Top Up : Sekaligus/ Single Rp _____ (Minimal Rp 1.000.000,-)

Tanggal Mulai Top Up Premi : _____

4. PERNYATAAN PESERTA

Saya menyatakan bahwa semua pernyataan di atas adalah benar dan lengkap sesuai dengan pengetahuan dan keyakinan saya. Apabila saya memberikan Informasi tidak benar, maka saya bersedia dituntut dan Manfaat Asuransi yang diterima akan dikembalikan ke PT Asuransi Jiwa Taspen (Taspen Life). Saya membebaskan PT Asuransi Jiwa Taspen (Taspen Life) atas semua gugatan hukum yang ada atau yang mungkin timbul dari para penerima manfaat maupun pihak ketiga, sehubungan dengan semua kepentingan-kepentingan tersebut di dalam polis.

Ditandatangani di : _____

Tanggal (tgl/bln/tahun): / /

PEMOHON/ PESERTA	PENERIMA DOKUMEN
(Nama lengkap & Tanda tangan)	(Nama lengkap & Tanda tangan Pihak Taspen Life)