

FORMULIR PERMOHONAN PERUBAHAN FREKUENSI & METODE PEMBAYARAN

- 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 SUN (786) atau melalui email sli_care@sunlife.com
- 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 SUN (786)

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)

Alamat Surat Elektronik : (E-mail)

Mohon diubah sesuai data keterangan tersebut diatas untuk: Alamat Rumah Alamat E-mail Telepon Rumah HP
(Dapat diipilih lebih dari satu dan beri tanda ✓ pada kotak sesuai perubahan yang diinginkan)

Apakah Pemilik Polis dan/atau Pemegang Saham Pengendali* (jika Pemilik Polis adalah Lembaga) memiliki kewajiban pajak selain di Indonesia?

Ya, silakan lengkapi tabel di bawah ini** Tidak

Negara	Nomor Pokok Wajib Pajak/ Taxpayer Identification Number (TIN)	Alasan Jika Tidak ada TIN***

* Pemegang Saham Pengendali adalah orang /perseorangan yang mempunyai kemampuan untuk melakukan pengendalian atas sebuah lembaga.

** Khusus untuk Pemegang Saham Pengendali, silakan mengisi Formulir Pernyataan Kewajiban Pajak Luar Negeri dan/atau FATCA.

*** - Alasan A, negara tidak menerbitkan TIN

- Alasan B, Pemilik Polis tidak bisa mendapatkan TIN, mohon jelaskan _____

- Alasan C, negara yang bersangkutan tidak mewajibkan TIN untuk keperluan CRS

Frekuensi Pembayaran

PERUBAHAN MENJADI	
<input type="checkbox"/>	Bulanan (**)
<input type="checkbox"/>	Triwulan
<input type="checkbox"/>	Semesteran
<input type="checkbox"/>	Tahunan

Dokumen yang wajib dilampirkan:

- Fotokopi KTP/SIM/Paspor Pemilik Polis yang masih berlaku dan jelas. Jika nama yang tertera pada kartu identitas BERBEDA dengan nama yang tertera pada polis, mohon orang yang sama membuat surat pernyataan di atas meterai Rp 6.000,-.
- Fotokopi bukti pembayaran premi sekarang (dengan frekuensi pembayaran yang baru)

(**) Frekuensi Pembayaran Bulanan hanya untuk metode pembayaran Autodebit dan List Bill (Worksite / Perkumpulan)

Metode Pembayaran

PERUBAHAN MENJADI	
<input type="checkbox"/>	Tunai / Direct Bill
<input type="checkbox"/>	Auto debet Kartu kredit
<input type="checkbox"/>	Auto debet rekening
<input type="checkbox"/>	List bill
Nomor Rekening / Kartu Kredit: (coret salah satu)	
.....	

Dokumen yang wajib dilampirkan:

- Fotokopi KTP/SIM/Paspor Pemilik Polis yang masih berlaku dan jelas
- Jika nama yang tertera pada kartu identitas dan atau nama pada kartu kredit/rekening BERBEDA dengan nama yang tertera pada polis, mohon orang yang sama membuat surat pernyataan di atas meterai Rp 6.000,-.

Dari Tunai ke Auto debet atau Auto Debet satu Bank ke Auto Debet Bank lain:

- Surat Kuasa Pendebitan Rekening/Kartu Kredit asli yang ditandatangani Pemilik Rekening/Kartu Kredit di atas materai Rp 6.000,-
- Fotokopi kartu ATM/Kartu Kredit bagian depan yang masih berlaku dan jelas
- Fotokopi halaman depan buku tabungan (hanya untuk debet rekening)
- Jika Pemegang Kartu Kredit / Rekening adalah Pihak ke-3 lampirkan :
 - Formulir KYC Beneficial Owner
 - Kartu Keluarga / Akte Lahir / dokumen lain yang menunjukkan hubungan Pemilik Polis dengan Pembayaran Premi
 - Fotokopi Kartu Identitas Pemilik Rekening/Pemilik Kartu Kredit

Perubahan cara bayar dari dan menjadi List Bill (Worksite / Perkumpulan):

- Surat pernyataan masuk / keluar List Bill (Worksite / Perkumpulan)
- Fotokopi KTP PIC List Bill yang ditunjuk
- Formulir Perubahan Non Finansial untuk perubahan alamat korespondensi

WAJIB DIISI Khusus Perubahan Metode Pembayaran dari Autodebit rekening ke Tunai/Autodebit rekening bank lain*)

Dengan ini PEMILIK REKENING mencabut kuasa atas hak substitusi yang diberikan kepada PT Sun Life Financial Indonesia untuk melakukan transaksi pendebitan melalui fasilitas Auto-Collection atas rekening PEMILIK REKENING sebagai berikut :

Nama Bank :

Nomor Rekening :

Nama Pemilik Rekening :

**)Tidak berlaku jika pembayaran premi melalui autodebit rekening Bank Muamalat Indonesia*

Pengkinian Masa Berlaku Kartu kredit

PERUBAHAN MENJADI (BLN/THN)
..... /

Dokumen yang wajib dilampirkan:

- Fotokopi KTP/SIM/Paspor Pemilik Polis dan Pemilik Kartu Kredit yang masih berlaku dan jelas
- Fotokopi Kartu Kredit halaman depan
- Jika nama yang tertera pada kartu identitas dan atau nama pada kartu kredit BERBEDA dengan nama yang tertera pada polis, mohon orang yang sama membuat surat pernyataan di atas meterai Rp 6.000,-.

Pernyataan dan Persetujuan Pemilik Polis

Dengan ini Saya menyatakan dan menyetujui bahwa:

1. Formulir Permohonan Perubahan Polis hanya berlaku untuk satu nomor polis dengan beberapa perubahan yang akan diproses apabila seluruh data dan kelengkapan dokumen telah dipenuhi. Jika diperlukan, PT Sun Life Financial Indonesia berhak untuk melakukan verifikasi transaksi termasuk berupa pengajuan permintaan informasi tambahan atau konfirmasi kepada Pemilik Polis. Perubahan akan berlaku apabila telah disetujui oleh PT Sun Life Financial Indonesia dan akan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari Polis. Apabila terdapat lebih dari satu permohonan dalam satu formulir, maka urutan proses transaksi akan ditentukan oleh PT Sun Life Financial Indonesia.
2. Sepanjang sepengetahuan dan keyakinan Saya, semua jawaban dari seluruh pertanyaan yang berhubungan dengan Pemilik Polis dan/atau Tertanggung adalah lengkap dan benar. Semua jawaban dari seluruh pertanyaan tersebut merupakan dasar dan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis dan apabila ternyata jawaban/keterangan yang Saya berikan tidak benar maka PT Sun Life Financial Indonesia berhak menolak pengajuan perubahan ataupun membatalkan Polis sesuai dengan ketentuan Polis. Segala perubahan yang dapat mempengaruhi status kewajiban perpajakan Saya, atau informasi didalam formulir ini menjadi tidak benar atau tidak lengkap, akan diberitahukan kepada Perusahaan dalam jangka waktu 30 hari sejak terjadi perubahan.
3. Jika diperlukan, PT Sun Life Financial Indonesia berhak untuk melakukan verifikasi transaksi termasuk berupa pengajuan permintaan informasi tambahan atau konfirmasi kepada Pemilik Polis.
4. Memberikan kuasa kepada setiap dokter, rumah sakit, klinik, Puskesmas, perusahaan asuransi atau organisasi lain, lembaga/badan hukum atau perorangan yang memiliki catatan atau informasi mengenai diri saya atau kesehatan Saya untuk menyerahkan kepada PT Sun Life Financial Indonesia setiap dan seluruh informasi mengenai diri Saya yang dibutuhkan sehubungan dengan kesehatan Saya dan sejarah medis dan setiap pengobatan/ perawatan di rumah sakit, nasihat, diagnosis, perawatan atau penyakit atau gejala penyakit. Saya juga memberikan persetujuan untuk diadakan investigasi pribadi semasa saya hidup dan sesudah Saya meninggal dunia. Salinan (fotokopi) dari surat kuasa ini akan sama sah dan kuatnya dengan yang asli.
5. Saya 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 sepenuhnya dan dengan ini saya membebaskan PT Sun Life Financial Indonesia dari segala macam tuntutan atau gugatan dalam bentuk apapun dari pihak manapun termasuk dari Saya.
6. Saya/kami mengizinkan Perusahaan untuk mengumpulkan, menggunakan, menyingkapkan, menyimpan, mengelola dan/atau memproses seluruh data dan informasi pribadi yang sudah saya/kami berikan kepada Perusahaan dan/atau sudah dimiliki Perusahaan mengenai diri saya untuk tujuan investigasi, riset dan analisis pemasaran dan tujuan lainnya. Dengan menandatangani formulir ini, saya memahami dan setuju bahwa Perusahaan dapat memberikan informasi yang saya berikan dalam formulir ini, termasuk informasi lainnya yang berada dalam penguasaan Perusahaan yang relevan dengan kualifikasi perpajakan yang dinyatakan dalam formulir ini kepada otoritas perpajakan terkait yang diperlukan Perusahaan untuk memenuhi kewajiban pelaporan perpajakan lokal dan internasional.
7. "Saya/kami menyatakan persetujuan untuk menerima korespondensi, pengkinian informasi, penawaran produk dan/atau layanan dari Perusahaan, afiliasi dan mitra bisnis melalui surat, telepon, telepon seluler, e-mail, maupun saluran komunikasi pribadi lainnya."

Jika pengajuan perubahan Anda ditolak maka dana perubahan yang sudah dibayarkan akan dikembalikan ke rekening berikut:

Nomor Rekening :

Nama Pemilik Rekening :
(nama pemilik rekening harus sama dengan nama pemilik polis/tidak dapat dikuasakan)

Nama Bank :

Cabang Bank :

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

.....
Nama dan Tanda Tangan Pemilik Polis

Tanda tangan sesuai dengan kartu identitas yang dilampirkan

Jika terdapat perbedaan tanda tangan dengan KTP/Kartu identitas, WAJIB mengisi formulir perubahan/penegasan tanda tangan