

## FORMULIR PERMOHONAN PERUBAHAN PROGRAM ASURANSI

- 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 dipilih 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

## Program Asuransi

PERUBAHAN MENJADI	
Asuransi Dasar	Uang Pertanggungan
Asuransi Tambahan	Besar Manfaat
Extra Premi	

### Dokumen yang wajib dilampirkan:

- Fotokopi KTP/SIM/Paspor Pemilik Polis yang masih berlaku dan jelas
- Surat proposal perubahan format Customer Service (untuk kenaikan resiko)
- Kuesioner HISR (untuk pengajuan asuransi tambahan HISR dan maksimal berumur 60 tahun)
- Bukti pembayaran premi sekarang/baru (untuk perubahan uang pertanggungan/program asuransi)
- Mengisi Lembar Kelayakan Asuransi (untuk pengajuan penambahan uang pertanggungan/asuransi tambahan/perubahan program asuransi dasar)
- Untuk penambahan Asuransi tambahan (Rider) HISR plan Platinum wajib melampirkan rekening koran 3 bulan terakhir

### 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 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. Khusus untuk perubahan polis Asuransi Brilliance Spektra Invest, jika pemilik polis mengajukan penurunan Premi Asuransi Berkala (PAB) selama periode komitmen (5 tahun pertama) yang menyebabkan jumlah PAB kurang dari PAB tahun pertama maka bonus premi atau bonus loyalitas pada akhir tahun ke-15 akan berhenti diberikan
6. 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.
7. 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.
8. 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*

**LAMPIRAN - LEMBAR KELAYAKAN ASURANSI**

(Jika jawaban "Ya" mohon dijelaskan nama, alamat lengkap dokter, kartu berobat, tanggal terakhir melakukan pemeriksaan dan alasan melakukan pemeriksaan kesehatan, serta lampirkan seluruh hasil pemeriksaan yang dilakukan )

	Pertanyaan	Tertanggung		Pemilik Polis	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	Apakah Anda pernah menderita atau diberitahu menderita atau mendapat pengobatan atau telah meminta nasihat untuk: a. Nyeri dada, tekanan darah tinggi, stroke, kelainan jantung atau bising jantung? ..... b. Asma, batuk kronis sesak napas atau kelainan paru-paru? ..... c. Kencing manis atau ada gula dalam urine? ..... d. Sakit maag, colitis, diare kronis, kepatitis/kelainan hati atau pencernaan lainnya? ..... e. Pingsan, ayam, kelainan syaraf dan mental? ..... f. Kanker, tumor, pembesaran kelenjar, pembesaran kelenjar getah bening? ..... g. Anemia, pendarahan atau kelainan darah? ..... h. Kelainan urine, ginjal atau kandung kemih? ..... i. Arthritis? ..... j. AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) atau ARC (Aids Related Complex)? ..... k. Tes lainnya yang menunjukkan adanya HIV (AIDS)? ..... l. Penyakit-penyakit operasi atau cedera lainnya? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Apakah Anda mempunyai gejala-gejala penyakit atau keluhan kesehatan lainnya yang belum pernah dikonsultasikan ke dokter/pemeriksa kesehatan lainnya atau belum pernah diobati (contoh : sering demam dalam waktu yang lama, kehilangan berat badan yang tidak diketahui sebab-sebabnya) jika "Ya" jelaskan (di Kolom Keterangan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Dalam waktu 5 tahun terakhir, apakah Anda pernah: a. Memeriksa diri ke dokter atau pemeriksa kesehatan lainnya? ..... b. Menjalani pemeriksaan electrocardiogram, darah rontgent, treadmill atau pemeriksaan lainnya? ..... c. Dirawat di rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya untuk alasan apapun ? ..... d. Mengalami infeksi saluran kencing atau penyakit yang ditularkan melalui hubungan kelamin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Apakah anda mempunyai dokter pribadi atau dokter yang selalu/pernah Anda kunjungi jika Anda menderita suatu penyakit ? Jika "Ya" jelaskan nama dokter dan kartu berobat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Apakah Anda saat ini menjalani perawatan diet dengan menggunakan obat-obatan atau dengan cara lain?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Kecuali diberikan dengan resep dokter, apakah Anda pernah menggunakan kokain, marijuana, LSD (Lysergic Acid Diethylamide), amphetamin, heroin, atau narkotik lainnya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Apakah dalam 12 bulan terakhir anda mengonsumsi rokok atau jenis tembakau lainnya? Jika "Ya" sebutkan berapa batang/hari? Jumlah konsumsi ____batang/hari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Apakah dalam 12 bulan terakhir anda mengonsumsi minuman beralkohol? Jika "Ya" sebutkan berapa gelas? Jumlah konsumsi ____gelas/hari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pertanyaan		Tertanggung		Pemilik Polis	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
9	<p>Sumber dan besar penghasilan (kotor) rutin Pemilik Polis</p> <p><input type="checkbox"/> Gaji dan/atau komisi</p> <p><i>Penjelasan untuk gaji dan/atau komisi</i></p> <p><input type="checkbox"/> Penghasilan pasangan (Suami/Istri)</p> <p><i>Penjelasan tambahan tentang penghasilan pasangan</i></p> <p><input type="checkbox"/> Hasil usaha dan/atau lainnya</p> <p><i>Penjelasan usaha yang dimiliki dan/atau lainnya</i></p>				
10	<p>Khusus wanita:</p> <p>a. Apakah Anda sekarang ini sedang hamil (jika "Ya", hamil berapa bulan ? )   ____   ____   bulan</p> <p>b. Apakah Anda pernah mengalami kesulitan/komplikasi pada saat melahirkan?</p> <p>c. Mohon ditulis kartu berobat, nama dan alamat lengkap dokter yang memeriksa kandungan. (<i>Mohon dituliskan di Kolom Keterangan</i>)</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
11	<p>Riwayat keluarga :</p> <p>Apakah ada di antara orang tua/saudara Tertanggung/Pemilik Polis yang menderita penyakit diabetes, tekanan darah tinggi, sakit jantung, stroke, ginjal, hepatitis, kelainan mental ? (<i>Jika "Ya" jelaskan siapa ? Dan sakit apa?</i>)</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

Tertanggung	Masih Hidup		Meninggal	
	Umur	Keadaan	Umur	Penyebab
Ayah				
Ibu				
Saudara laki-laki dan perempuan				

Pemilik Polis	Masih Hidup		Meninggal	
	Umur	Keadaan	Umur	Penyebab
Ayah				
Ibu				
Saudara laki-laki dan perempuan				

No	Kolom Keterangan (mohon isi dengan nomor dari pertanyaan yang dijawab "Ya" beserta penjelasannya) (Apabila kolom tidak cukup dapat menggunakan kertas terpisah)

(SELURUH DATA DALAM KETERANGAN TERSEBUT DI ATAS ADALAH BENAR KONDISI SAAT INI DARI **PEMILIK POLIS / CALON PEMILIK POLIS**)  
\* *coret salah satu*

Tanda tangan dan Nama Tertanggung

Tanda tangan dan Nama Pemilik Polis/  
Calon Pemilik Polis

Tanda tangan dan Nama Orang Tua:  
(Jika tertanggung berumur < 17 tahun dan atau jika calon Pemilik Polis bukan orang tua kandung dari Tertanggung)