PT SUN LIFE FINANCIAL INDONESIA

Menara Sun Life
Jln. Dr. Ide Anak Agung Gde Agung Blok 6.3
Kawasan Mega Kuningan Jakarta 12950
Telp : 021-5289 0000 Faks: 021-2966 9806
www.sunlife.co.id

Pusat Layanan Nasabah
Telp: 1 500 SUN (786) Faks: 021-2966 9806
E-mail: sli_care@sunlife.com
PT Sun Life Financial Indonesia telah terdaftar dan diawasi oleh OJK

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 menandatanganinya
- 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

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)
- Mengisi Formulir Yang diasuransikan tambahan (untuk pengajuan penambahan uang pertanggungan/asuransi tambahan/ perubahan program asuransi dasar produk dengan tertanggung lebih dari 1 (multiple insured)
- Untuk penambahan Asuransi tambahan (Rider) HISR plan Platinum wajib melampirkan rekening koran 3 bulan terakhir

Pernyataan dan Persetujuan Pemilik Polis

Mohon dibaca dengan teliti sebelum menandatangani Formulir dan jangan menandatangani Formulir dalam keadaan kosong.

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. Apabila terdapat lebih dari satu permohonan dalam satu formulir, maka urutan proses transaksi akan ditentukan oleh PT Sun Life Financial Indonesia.
2. Saya mengerti, memahami dan menyetujui jika diperlukan PT Sun Life Financial Indonesia berhak untuk melakukan verifikasi transaksi termasuk berupa pengajuan permintaan informasi tambahan, konfirmasi kepada Pemilik Polis dan/atau pembayaran dana perubahan. Pengajuan Perubahan Polis yang tertera pada formulir akan diselesaikan dalam waktu 7 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 PT Sun Life Financial Indonesia dan akan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari Polis.
3. 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.
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. "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

Lembar Kelayakan Asuransi berikut diisi hanya untuk penambahan manfaat/program asuransi/uang pertanggungan

LEMBAR KETERANGAN 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 pemeriksan yang dilakukan)

	Pertanyaan	Tertanggung		Pemilik Polis	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	Sejak tanggal permohonan untuk pemulihan Polis ini, adakah permohonan atau pemulihan kembali dari asuransi jiwa atau asuransi kesehatan ditolak, ditunda atau diterima oleh penanggung asuransi atas persyaratan selain dan yang dimohon?	☐	☐	☐	☐
2	Apakah ada perubahan berat badan (BB) dalam 2 tahun terakhir ini? Sebutkan tinggi badan & berat badan saat ini. **Tertanggung** : BB _____ kg, TB _____cm **Pemilik Polis** : BB _____ kg, TB _____cm	☐	☐	☐	☐
3	Apakah dalam 12 bulan terakhir anda mengonsumsi rokok atau jenis tembakau lainnya? Jika "Ya" mohon jelaskan berapa batang/hari? Jumlah konsumsi _____batang/hari	☐	☐	☐	☐
4	Apakah ada perubahan pekerjaan dalam 1 tahun terakhir ini?	☐	☐	☐	☐
5	Sumber dan besar penghasilan (kotor) rutin Pemilik Polis ☐ Gaji dan/atau komisi Penjelasan tambahan untuk gaji dan/atau komisi ☐ Hasil usaha dan/atau lainnya Penjelasan usaha yang dimiliki dan/atau lainnya				
6	Apakah ada SPAJ yang sedang diajukan dan/atau Polis yang sudah diterbitkan dan/atau Polis dalam proses pemulihan dan/atau perubahan Polis di PT Sun Life Financial Indonesia dan/atau perusahaan asuransi jiwa lain?	☐	☐	☐	☐
7	Khusus Tertanggung anak-anak dengan usia kurang dari 5 tahun a. Panjang Badan lahir ☐☐ cm, Berat Badan Lahir ☐☐☐ gram b. Kondisi saat lahir ☐ Normal ☐ Prematur* ☐ Kelainan/Cedera* *Dengan melampirkan salinan buku kontrol kesehatan anak	☐	☐	☐	☐

Nama Perusahaan Asuransi	Nomor SPAJ/Polis	Tanggal Terbit Polis	Nama Tertanggung	Uang Pertanggungan

	Pertanyaan	Tertanggung		Pemilik Polis	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
8	Apakah dalam 5 tahun terakhir Anda pernah melakukan pemeriksaan atau dianjurkanmelakukan pemeriksaan : jantung/darah/air seni/rontgen/USG/CT scan/MRI/biopsi/Pap's smear/pemeriksaan penunjang atau diagnostik lainnya? Jika "Ya", sebutkan pemeriksaan apa saja yang dilakukan, tanggal pemeriksaan, alasan dilakukan pemeriksaan dan bagaimana hasil pemeriksaan tersebut. Mohon lampirkan salinan hasil pemeriksaan tersebut				
9	Apakah Anda pernah menderita atau diberitahu menderita atau mendapat pengobatan atau telah meminta nasihat untuk:				
	a. Tekanan darah tinggi				
	b. Peningkatan kadar gula darah/Diabetes Mellitus				
	c. Nyeri dada/Kelainan jantung dan pembuluh darah				
	d. Stroke				
	e. Tumor/Kista/Benjolan/Pembesaran kelenjar/Pembesaran kelenjar getah bening/Kanker				
	f. Gangguan saluran pencernaan/Sakit maag/Gastritis/Kolitis/Diare kronis				
	g. Gangguan pernafasan/Batuk berkepanjangan/Sesak nafas/Asma/Bronkitis/Tuberkulosis				
	h. Gangguan fungsi hati/Penyakit hati/Hepatitis B/Hepatitis C				
	i. Sakit kepala/Pusing/Migrain/Vertigo				
	j. Gangguan persendian/Rematik/Artritis/Kelainan pada otot/sendi/tulang/Gangguan tulang belakang				
	k. Cedera kepala				
	l. Kelainan fungsi kelenjar gondok (tiroid)				
	m. Kelainan darah/Anemia/Pendarahan				
	n. Kejang/Epilepsi/Ayan				
	o. Polio				
	p. Kelainan psikologis/Mental				
	q. Positive covid 19				
10	Apakah Anda pernah mengalami gejala-gejala, diperiksa, menderita, didiagnosis, mendapat pengobatan, disarankan atau menjalani rawat inap, menjalani operasi, dianjurkan untuk mendapatkan nasihat medis, telah mendapat nasihat medis, atau dirujuk ke dokter umum dan/ atau dokter spesialis, untuk kondisi yang disebutkan di bawah ini:				
	a. Rabun Jauh dengan menggunakan kacamata/softlens melebihi -6.0 pada satu/dua mata atau Kelainan Mata lainnya				
	b. Gangguan Telinga, Hidung, Tenggorokan (THT)/Sinus/Gangguan Bicara				
	c. Gangguan Usus/Empedu/Pankreas/Wasir/Organ Pencernaan lainnya				
	d. Gangguan Ginjal/Saluran Kemih (termasuk batu)/Prostat				
	e. Kelainan Payudara/Kandungan/Indung Telur				
	f. Alergi/Penyakit Kulit dan Kelamin/Infeksi Saluran Kencing/Penyakit yang ditularkan melalui hubungan kelamin				

	Pertanyaan	Tertanggung		Pemilik Polis	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
10	g. Gangguan fungsi/Kelainan pada Otak/Saraf	☐	☐	☐	☐
	h. Penyakit Autoimun	☐	☐	☐	☐
	i. Hernia	☐	☐	☐	☐
	j. Gangguan Kelenjar Endokrin/Hormon	☐	☐	☐	☐
	k. HIV atau AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) atau ARC (AIDS-related complex)	☐	☐	☐	☐
	l. Hasil pemeriksaan medis abnormal (Darah/Air Seni/Jantung/USG/CT Scan/Biopsi/Pap's smear/ Lainnya)	☐	☐	☐	☐
	m. Penyakit lain atau kondisi lain yang belum disebutkan	☐	☐	☐	☐

11 Apabila menjawab "Ya"pada pertanyaan no. 10, mohon untuk menjawab pertanyaan di bawah:

a. Nama penyakit/kondisi

Tertanggung	Pemilik Polis

b. Nama dan alamat dokter yang merawat/rumah sakit yang dikunjungi

Tertanggung	Pemilik Polis

c. Tanggal konsultasi/perawatan

Tertanggung	Pemilik Polis

d. Tindakan medis, operasi dan nama obat yang diberikan

Tertanggung	Pemilik Polis

e. Bagaimana keadaan/fungsinya sekarang?

Tertanggung	Pemilik Polis

	Pertanyaan	Tertanggung		Pemilik Polis	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
12	Apakah Anda memiliki hobi atau sewaktu-waktu melakukan kegiatan yang berisiko tinggi yang tersebut di bawah ini: Jika "Ya", mohon untuk memberi tanda "√" untuk setiap kegiatan yang dilakukan dan mengisi KUESIONER yang sesuai.				
	a. Balap motor/balap mobil	☐	☐	☐	☐
	b. Beladiri	☐	☐	☐	☐
	c. Menyelam	☐	☐	☐	☐
	d. Pendakian gunung/Panjat tebing	☐	☐	☐	☐
	e. Terjun payung/kegiatan berbahaya di udara	☐	☐	☐	☐
	f. Lainnya _____	☐	☐	☐	☐
13	Apakah Anda pernah /sedang/akan melakukan hal-hal di bawah ini : Jika "Ya", mohon untuk memberi tanda "√" untuk setiap hal yang dilakukan dan mengisi KUESIONER yang sesuai.				
	a. Mengonsumsi minuman beralkohol lebih dari 750 ml per minggu	☐	☐	☐	☐
	b. Mengonsumsi obat-obatan terlarang/narkotika/psikotropika/zat adiktif selain untuk tujuan medis	☐	☐	☐	☐
	c. Terlibat dalam suatu tindakan pidana	☐	☐	☐	☐
	d. Bepergian ke luar negeri untuk jangka waktu lebih dari 6 bulan dalam setahun	☐	☐	☐	☐
14	Khusus wanita (berusia lebih dari 18 tahun): a. Apakah Anda sekarang ini sedang hamil (jika "Ya", hamil berapa bulan ?) ☐☐ bulan	☐	☐		
	b. Apakah Anda pernah mengalami kesulitan/komplikasi pada saat melahirkan?	☐	☐		
	c. Mohon ditulis kartu berobat, nama dan alamat lengkap dokter yang memeriksa kandungan. (Mohon dituliskan di Kolom Keterangan)	☐	☐		
15	Pertanyaan Khusus untuk pengajuan manfaat Santunan Harian Rawat Inap (Hospital Cash Plan) Selain pengajuan pada SPAJ ini, apakah Anda sudah memiliki atau saat ini sedang mengajukan manfaat Santunan Harian Rawat Inap (Hospital Cash Plan) di PT Sun Life Financial Indonesia dan/atau perusahaan asuransi jiwa lainnya?	☐	☐	☐	☐
16	Riwayat keluarga: Apakah ada diantara orang tua/saudara Tertanggung/Pemilik Polis yang menderita penyakit diabetes, tekanan darah tinggi, sakit jantung, stroke, ginjal, hepatitis, kelainan mental? (Jika "Ya" jelaskan siapa? Dan sakit apa? Pada Kolom Keterangan)	☐	☐	☐	☐

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)*