PT SUN LIFE FINANCIAL SYARIAH INDONESIA

Menara Sun Life
Jln. Dr. Ide Anak Agung Gde Agung Blok 6.3
Kawasan Mega Kuningan Jakarta 12950
www.sunlife.co.id

Pusat Layanan Nasabah
Telp: 021-50995121 WA Interaktif: +6281-321-500-786
E-mail: sli_care@sunlife.com
PT Sun Life Financial Syariah Indonesia telah berizin dan diawasi oleh OJK

FORMULIR PERMOHONAN PERUBAHAN PROGRAM ASURANSI

- Mohon isi formulir dengan lengkap menggunakan huruf cetak dan pastikan Anda melengkapi persyaratan yang wajib dilampirkan.
- Mohon tidak menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong. Pastikan semua informasi yang dibutuhkan telah dilengkapi sebelum Anda menandatanganinya.
- Mohon tidak menghapus jawaban Anda dengan cara apa pun. Apabila perlu dilakukan koreksi, silakan coret tulisan yang akan dikoreksi, cantumkan jawaban yang diinginkan, dan bubuhkan tanda tangan Anda. Pastikan tanda tangan tersebut sesuai dengan tanda tangan pada kartu identitas Anda.
- Permohonan hanya akan diproses apabila diajukan menggunakan formulir asli yang telah ditandatangani oleh Pemegang Polis.
- Data yang tercantum dalam formulir ini akan digunakan untuk memproses pengajuan Anda. Apabila informasi yang tercantum tidak lengkap, PT Sun Life Financial Syariah Indonesia berhak untuk tidak melanjutkan proses pengajuan Anda hingga seluruh informasi tersebut dilengkapi.
- Apabila di kemudian hari data yang tercantum dalam formulir ini diketahui tidak benar atau perlu diperbarui, Anda dapat mengajukan perbaikan atau pembaruan data dengan menghubungi Pusat Layanan kami di 021-50995121, melalui surel SLI_Care.Syariah@sunlife.com, atau melalui WhatsApp Interaktif di +6281-321-500-786.
- Data yang tercantum dalam formulir ini adalah milik PT Sun Life Financial Syariah Indonesia. Seluruh karyawan, karyawan alih daya, dan tenaga pemasar PT Sun Life Financial Syariah Indonesia wajib menjaga kerahasiaan data tersebut serta tidak diperkenankan memublikasikan, menyebarkan, atau memberikan data tersebut kepada pihak yang tidak berwenang tanpa izin tertulis terlebih dahulu dari PT Sun Life Financial Syariah Indonesia. Apabila formulir ini tersebar secara tidak sengaja atau tidak tersimpan dengan baik, mohon segera melaporkannya melalui surel SLI_Care.Syariah@sunlife.com, telepon 021-50995121, atau WhatsApp Interaktif di +6281-321-500-786

Nomor Polis : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nama Pemegang Polis : .....

NIK : ..... *(Cantumkan Nomor Induk Kependudukan)*

Nama Peserta : .....

Alamat Saat ini : .....

Kota/ Provinsi: ..... Kode pos: .....

Nomor Telepon : Rumah: ..... Kantor: ..... Ext: .....

Nomor Ponsel ..... *(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 ☐ No. Ponsel

(Dapat dipilih lebih dari satu dan beri tanda V pada kotak sesuai perubahan yang diinginkan)

Wajib diisi: Apakah Pemegang Polis dan/atau Pihak Pengendali* (jika Pemegang 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***

* Pihak Pengendali: Individu merupakan Pemilik Manfaat (Beneficial Owner) yang menjalankan pengendalian atas suatu badan atau memiliki 25% saham atau lebih.

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

*** - Alasan A, Negara yang bersangkutan tidak menerbitkan TIN
- Alasan B, Negara yang bersangkutan tidak mewajibkan TIN untuk keperluan CRS
- Alasan C, Pemegang Polis tidak bisa mendapatkan TIN (mohon jelaskan alasannya)

☐ Program Asuransi

PERUBAHAN MENJADI	
Manfaat Asuransi	**Santunan Asuransi**
Manfaat Asuransi Tambahan	**Santunan Asuransi**
Perubahan Kontribusi	
Penghapusan Extra Kontribusi/COI/Pengecualian	

Dokumen yang wajib dilampirkan:

- Fotokopi E-KTP (untuk WNI) atau Paspor dan KIMS/ KITAS/ KITAP (untuk WNA) Pemegang Polis yang masih berlaku dan jelas
- Surat proposal perubahan format Customer Service (untuk kenaikan resiko)
- Kuesioner HISR (untuk pengajuan manfaat asuransi tambahan HISR dan maksimal berumur 60 tahun)
- Bukti pembayaran Kontribusi sekarang/baru (untuk perubahan Santunan Asuransi/program asuransi)
- Mengisi Lembar Kelayakan Asuransi (untuk pengajuan penambahan Santunan Asuransi/manfaat asuransi tambahan/perubahan program manfaat asuransi)
- Mengisi Formulir Yang diasuransikan tambahan (untuk pengajuan penambahan Santunan Asuransi/manfaat asuransi tambahan/ perubahan program manfaat asuransi produk dengan Peserta lebih dari 1 (multiple insured)
- Untuk penambahan Manfaat asuransi tambahan (Rider) HISR plan Platinum wajib melampirkan rekening koran 3 bulan terakhir

Pernyataan dan Persetujuan Pemegang Polis

Mohon dibaca dengan teliti sebelum menandatangani Formulir dan jangan menandatangani Formulir dalam keadaan kosong. Dengan ini Saya/kami menyatakan dan menyetujui bahwa:

1. Saya/Kami mengerti, memahami dan menyetujui jika diperlukan PT Sun Life Financial Syariah Indonesia selanjutnya disebut "Pengelola" berhak untuk melakukan verifikasi transaksi termasuk berupa pengajuan permintaan informasi tambahan, konfirmasi kepada Pemegang Polis dan/atau pembayaran dana perubahan. Pengajuan Perubahan Polis yang tertera pada formulir akan diselesaikan dalam waktu 5 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 Pengelola dan akan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari Polis.
2. Saya/Kami memahami bahwa Saya/Kami memiliki kewajiban untuk bertindak dengan iktikad terbaik (*utmost good faith*) dalam setiap pengajuan Perubahan Polis. Oleh karena itu, Saya/Kami memahami bahwa Saya/Kami wajib mengungkapkan secara benar dan lengkap semua fakta material, yaitu data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan fakta ("Informasi Konsumen") yang dapat mempengaruhi pertimbangan Pengelola dalam menerima atau menolak pengajuan tersebut dan/atau menetapkan Jumlah Kontribusi.
3. Saya/Kami menyatakan dan menjamin bahwa semua Informasi Konsumen yang Saya/Kami berikan dalam formulir Permohonan Perubahan Program Asuransi ini, serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang disyaratkan oleh Pengelola ("Dokumen Permohonan") sebagai bagian dari pengajuan Perubahan Polis adalah lengkap, benar, akurat, terkini, sesuai dengan kenyataan yang sebenarnya dan konsisten antara satu dengan lainnya, dan tidak ada Informasi Konsumen yang Saya/Kami sembunyikan, baik dengan sengaja maupun tidak sengaja. Apabila suatu Informasi Konsumen tersebut ternyata tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini, tidak sesuai dengan kenyataan yang sebenarnya dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya, atau terdapat suatu Informasi Konsumen yang Saya/Kami sembunyikan, dengan menandatangani formulir Permohonan Perubahan Program Asuransi ini, Saya/Kami SEPAKAT DAN MENYETUJUI bahwa Pengelola berhak untuk melakukan hal-hal sebagai berikut ini:
   a. Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
   b. Membatalkan Polis (baik secara keseluruhan maupun hanya terbatas pada Asuransi/Polis Dasar/Pertanggungan Tambahan/Polis Tambahan) dengan pengembalian Kontribusi (atau Iuran Asuransi dari Asuransi/Polis Dasar/Pertanggungan Tambahan/Polis Tambahan) yang telah dibayarkan setelah dikurangi dengan biaya internal pemeriksaan kesehatan, Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan dan biaya-biaya yang timbul pada saat penerbitan Polis (jika ada);
   c. Mengakhiri Polis (baik secara keseluruhan maupun hanya terbatas pada Asuransi/Polis Dasar/Pertanggungan Tambahan/Polis Tambahan), tanpa kewajiban untuk mengembalikan Kontribusi dan/atau Iuran Asuransi, apabila terdapat unsur penipuan, pemalsuan, atau kesalahan yang disengaja dalam pemberian setiap Informasi Konsumen yang tercantum dalam Dokumen Permohonan, atau apabila terdapat penyembunyian suatu Informasi Konsumen yang sebenarnya dalam Dokumen Permohonan. Atas pengakhiran tersebut, Saya/Kami juga menyetujui bahwa Pengelola hanya akan membayarkan Nilai Tunai (khusus untuk Produk Asuransi Yang Dikaitkan Dengan Investasi), jika ada.
   d. Melakukan penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), dan menambahkan syarat dan ketentuan tambahan dalam Polis (baik Asuransi/Polis Dasar/Pertanggungan Tambahan/Polis Tambahan), termasuk menambahkan risiko yang dikecualikan, menyesuaikan Santunan Asuransi, dan/atau menyesuaikan jumlah Kontribusi atau Iuran Asuransi yang harus dibayar; dan/atau
   e. Menagih kekurangan Kontribusi dan/atau Iuran Asuransi dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), jumlah Kontribusi dan/atau Iuran Asuransi yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. Pengelola juga berhak untuk melakukan perjumpaan (*set-off*) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan Nilai Tunai yang ada dalam Polis Saya/Kami dan/atau Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan. Atas hal tersebut, maka Saya/Kami wajib membayarkan kekurangan Kontribusi dan/atau Iuran Asuransi (jika ada).

4. Sehubungan dengan klausul pembatalan atau pengakhiran Polis sebagaimana disebutkan di atas, Saya/Kami dengan ini menegaskan bahwa:
   a. Penandatanganan formulir Permohonan Perubahan Program Asuransi ini oleh Saya/Kami merupakan bentuk persetujuan atas pembatalan atau pengakhiran Polis oleh Pengelola jika terjadi hal-hal yang dimaksud dalam butir 3; dan

   b. Saya/Kami setuju untuk mengesampingkan ketentuan Pasal 1266 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata dan/atau ketentuan peraturan perundang-undangan lainnya yang mensyaratkan pengakhiran atau pembatalan Polis harus dilakukan berdasarkan putusan pengadilan.

5. Saya/Kami menyatakan bahwa saat mengisi dan menandatangani/menyetujui formulir ini, Saya/Kami dalam keadaan sehat secara fisik, mental dan sosial. Saya/Kami juga menyatakan dan menjamin bahwa semua informasi, keterangan, jawaban, pernyataan yang Saya/Kami berikan dalam formulir ini termasuk tidak terbatas pada informasi mengenai usia, jenis kelamin, kesehatan adalah lengkap, benar, akurat, terkini, dan sesuai dengan kondisi yang sebenarnya, serta tidak terdapat informasi, jawaban, pernyataan dan/atau keterangan yang disembunyikan, baik dengan sengaja ataupun tidak sengaja. Apabila terdapat kekeliruan, ketidakbenaran, atau penyembunyian keadaan atas informasi, keterangan, jawaban, pernyataan yang Saya/Kami sampaikan, baik yang diketahui secara sengaja atau tidak sengaja dan/atau dengan sengaja dipalsukan (meskipun dilakukannya dengan iktikad baik) yang sifatnya sedemikian rupa sehingga perlindungan dan/atau Polis tidak akan diadakan atau tidak diadakan dengan syarat-syarat yang sama apabila Pengelola mengetahui keadaan sejak perlindungan dimulai, maka Saya/Kami SEPAKAT dan MENYETUJUI :
   a. Polis dapat dibatalkan tanpa memerlukan putusan pengadilan, dengan mengesampingkan ketentuan Pasal 1266 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata dan/atau ketentuan peraturan perundang-undangan lain yang mensyaratkan pengakhiran atau pembatalan Polis harus dilakukan berdasarkan putusan pengadilan.
   b. Atas pembatalan Polis tersebut Pemegang Polis atau Penerima Manfaat tidak berhak atas :
      i. Pembayaran apa pun selain Kontribusi yang telah dibayarkan Pemegang Polis (setelah kekeliruan, ketidakbenaran, atau penyembunyian keadaan itu diketahui oleh Pengelola) atau Nilai Tunai, mana yang lebih besar setelah dikurangi ujrah-ujrah yang berkaitan dengan pembatalan polis (jika terkait produk asuransi tradisional yang memiliki Nilai Tunai).
      ii. Pembayaran apapun selain Kontribusi yang telah dibayarkan setelah dikurangi ujrah-ujrah yang berkaitan dengan pembatalan polis. Hal ini berlaku untuk produk asuransi tradisional yang tidak memiliki Nilai Tunai.
6. Formulir Permohonan Perubahan Program Asuransi 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 Syariah Indonesia selanjutnya disebut "Pengelola".
7. Sepanjang sepengetahuan dan keyakinan Saya/kami, semua jawaban dari seluruh pertanyaan yang berhubungan dengan Pemegang Polis dan/atau Peserta 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/kami berikan tidak benar maka Pengelola berhak menolak pengajuan perubahan ataupun membatalkan Polis sesuai dengan ketentuan Polis. Segala perubahan yang dapat mempengaruhi status kewajiban perpajakan Saya/kami, atau informasi didalam formulir ini menjadi tidak benar atau tidak lengkap, akan diberitahukan kepada Pengelola dalam jangka waktu 30 hari kerja sejak terjadi perubahan.
8. Memberikan kuasa kepada setiap dokter, rumah sakit, klinik, Puskesmas, Pengelola asuransi atau organisasi lain, lembaga/badan hukum atau perorangan yang memiliki catatan atau informasi mengenai diri Saya/kami atau kesehatan Saya/kami untuk menyerahkan kepada Pengelola setiap dan seluruh informasi mengenai diri Saya/kami yang dibutuhkan sehubungan dengan kesehatan Saya/kami dan sejarah medis dan setiap pengobatan/ perawatan di rumah sakit, nasihat, diagnosis, perawatan atau penyakit atau gejala penyakit. Saya/kami juga memberikan persetujuan untuk diadakan investigasi pribadi semasa Saya/kami hidup dan sesudah Saya/kami meninggal dunia. Salinan (fotokopi) dari surat kuasa ini akan sama sah dan kuatnya dengan yang asli.
9. Saya/kami mengizinkan Pengelola untuk memperoleh, mengumpulkan, mengolah, menganalisis, menyimpan, memperbaiki, memperbarui, menampilkan, mengumumkan, mentransfer, menyebarluaskan atau mengungkapkan, dan/atau menghapus atau memusnahkan seluruh data dan informasi pribadi yang sudah Saya/kami berikan kepada Pengelola, afiliasi dan mitra bisnis dan/atau sudah dimiliki Pengelola, afiliasi dan mitra bisnis mengenai diri Saya/kami untuk tujuan investigasi, riset dan analisis pemasaran dan tujuan lainnya.
10. Saya/kami menyatakan persetujuan untuk menerima korespondensi, pengkinian informasi, penawaran produk dan/atau layanan dari Pengelola, afiliasi dan mitra bisnis melalui surat, telepon, telepon seluler, e-mail, maupun saluran komunikasi pribadi lainnya.
11. Saya/Kami dapat menarik kembali persetujuan pemrosesan Data Pribadi Saya/kami yang telah diberikan kepada Pengelola, kecuali untuk kepentingan investigasi terkait pembayaran Manfaat Asuransi dan hal lain sehubungan dengan Polis serta ketentuan yang diatur dalam peraturan perundang-undangan
12. Dengan menandatangani formulir ini, Saya/kami memahami dan setuju bahwa Pengelola dapat memberikan informasi yang Saya/kami berikan dalam formulir ini, termasuk informasi lainnya yang berada dalam penguasaan Pengelola yang relevan dengan kualifikasi perpajakan yang dinyatakan dalam formulir ini kepada otoritas perpajakan terkait yang diperlukan Pengelola untuk memenuhi kewajiban pelaporan perpajakan lokal dan internasional.
13. Saya/kami 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/kami sepenuhnya dan dengan ini Saya/kami membebaskan Pengelola dari segala macam tuntutan atau gugatan dalam bentuk apapun dari pihak manapun termasuk dari Saya/kami.

Jika pengajuan perubahan Anda ditolak maka dana perubahan yang sudah dibayarkan atau kelebihan dana (jika ada) akan dikembalikan ke rekening berikut:

Nomor Rekening : .....

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

Nama Bank : .....

Cabang Bank : .....

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

.....
Nama dan Tanda Tangan Pemegang Polis

Tanda tangan sesuai dengan kartu identitas yang dilampirkan
Jika terdapat perbedaan tanda tangan dengan Kartu identitas, WAJIB mengisi formulir perubahan/penegasan tanda tangan
Jika Pemegang Polis adalah Perusahaan/Yayasan/Kumpulan, WAJIB menyertakan STEMPEL dan di tandatangani oleh PIC yang ditunjuk

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

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	**Peserta**		**Pemegang Polis**	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	Sejak tanggal permohonan untuk perubahan Polis ini, adakah permohonan atau pemulihan kembali dari asuransi jiwa atau asuransi kesehatan ditolak, ditunda atau diterima oleh pengelola 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 (**wajib diisi**). **Peserta** : BB _____ kg, TB _____cm **Pemegang 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 Pemegang 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 Syariah Indonesia dan/atau Pengelola asuransi jiwa lain?	☐	☐	☐	☐
7	Khusus Peserta 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 Pengelola Asuransi	Nomor SPAJ/Polis	Tanggal Terbit Polis	Nama Peserta	Santunan Asuransi

	Pertanyaan	Peserta		Pemegang Polis	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
8	Apakah dalam 5 tahun terakhir Anda pernah melakukan pemeriksaan atau dianjurkan melakukan 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	Peserta		Pemegang 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

Peserta	Pemegang Polis

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

Peserta	Pemegang Polis

c. Tanggal konsultasi/perawatan

Peserta	Pemegang Polis

d. Tindakan medis, operasi dan nama obat yang diberikan

Peserta	Pemegang Polis

e. Bagaimana keadaan/fungsinya sekarang?

Peserta	Pemegang Polis

	Pertanyaan	Peserta		Pemegang 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 Syariah Indonesia dan/atau Pengelola asuransi jiwa lainnya?	☐	☐	☐	☐
16	Riwayat keluarga: Apakah ada diantara orang tua/saudara Peserta/Pemegang 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)	☐	☐	☐	☐

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

Pemegang 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 **PEMEGANG POLIS / CALON PEMEGANG POLIS**)

**coret salah satu*

Tanda tangan dan Nama Peserta	Tanda tangan dan Nama Pemegang Polis	*Tanda tangan dan Nama Orang Tua:* *(Jika Peserta berumur < 17 tahun dan atau jika calon Pemegang Polis bukan orang tua kandung dari Peserta)*