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.Syariah@sunlife.com
PT Sun Life Financial Syariah Indonesia telah berizin dan diawasi oleh OJK

FORMULIR PERMOHONAN PERUBAHAN POLIS (*NON-FINANCIAL*)

- 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

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nomor Polis : | | | | | | | | | |

Nama Pemegang Polis : .....

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

Nama Peserta : .....

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

Nomor Ponsel ..... *(WAJIB diisi dengan nomor telpon yang aktif)*

Alamat Surat Elektronik :..... *(E-mail)*

Jika nama yang tertera pada kartu identitas BERBEDA dengan nama yang tertera pada polis, mohon orang yang sama membuat surat pernyataan di atas meterai Rp10.000,-.

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)

Dengan ini mengajukan permohonan Perubahan Polis kepada PT Sun Life Financial Syariah Indonesia sebagai berikut:
(Pilih dan beri tanda √ pada kotak sesuai pilihan)

☐ **Ejaan Nama Pemegang Polis** ☐ **Ejaan Nama Peserta**

- *Wajib melampirkan fotokopi E-KTP (untuk WNI) atau Paspor dan KIMS/ KITAS/ KITAP (untuk WNA) Pemegang Polis dan atau Peserta yang masih berlaku dan Akta Lahir/Kartu Keluarga/ Surat Ganti Nama*
- *Jika nasabah memiliki Asuransi Tambahan manfaat kesehatan Cashless, mohon melakukan pembayaran cetak ulang kartu sejumlah IDR100,000.00*

☐ **Alamat Surat Menyurat** ☐ **Alamat E-mail** ☐ **No Ponsel / HP** ☐ **Agama**

(Wajib melampirkan fotokopi E-KTP (untuk WNI) atau Paspor dan KIMS/ KITAS/ KITAP (untuk WNA) Pemegang Polis yang masih berlaku)

☐ **Nomor KTP** *(Wajib melampirkan fotokopi E-KTP baru Pemegang Polis)*

☐ **Status Perkawinan**

(Wajib melampirkan fotokopi E-KTP (untuk WNI) atau Paspor dan KIMS/ KITAS/ KITAP (untuk WNA) Pemegang Polis yang masih berlaku **dan** *fotokopi Kartu Keluarga/Akta Nikah/Akta Cerai, yang membuktikan adanya perubahan status perkawinan)*

☐ **Nomor NPWP** *(Wajib melampirkan fotokopi E-KTP (untuk WNI) atau Paspor dan KIMS/ KITAS/ KITAP (untuk WNA) Pemegang Polis yang masih berlaku* **dan** *NPWP yang baru)*

☐ **Perubahan minor lainnya** *(Wajib melampirkan fotokopi E-KTP (untuk WNI) atau Paspor dan KIMS/ KITAS/ KITAP (untuk WNA) Pemegang Polis yang masih berlaku* **dan** *dokumen pendukung lain bila diperlukan)*

Perubahan Menjadi

☐ **Penerima Manfaat**

(Wajib melampirkan fotokopi E-KTP (untuk WNI) atau Paspor dan KIMS/ KITAS/ KITAP (untuk WNA) Pemegang Polis dan fotokopi Akta Lahir/Kartu Keluarga/Akta Nikah yang menunjukkan hubungan antara Peserta dengan penerima manfaat)

No	Nama Penerima Manfaat	Hubungan dengan Peserta	Tanggal lahir (Tgl/Bln/Thn)	Jenis Kelamin (L/P)	Persentase % (Total 100%)	Nama Wali dan Hubungan dengan Penerima Manfaat(*)	Email/Nomor WA Korespondensi Penerima Manfaat (**)
1							
2							
3							
4							
5							

(*) *Bila Penerima Manfaat berusia di bawah 17 tahun, wajib mencantumkan nama wali dari penerima manfaat tersebut dan hubungan antara wali dan penerima manfaat*

(*) *Jika Wali dari penerima manfaat berusia di bawah 17 tahun bukan dari keluarga inti, wajib melampirkan Surat Pernyataan (Bermaterai Rp.10,000) yang ditandatangani Pemegang Polis dan dokumen pendukung (Kartu keluarga/Akte Lahir/Akte nikah) untuk melihat hubungan wali dengan Pemegang Polis dan penerima manfaat*

(**) *Wajib diisi untuk penerima manfaat berusia di diatas 17 tahun*

Pernyataan dan Persetujuan Pemegang Polis

Dengan ini Saya/Kami menyatakan dan menyetujui bahwa:

1. Formulir Permohonan Perubahan Polis hanya berlaku untuk satu nomor polis dengan beberapa perubahan dan akan diproses apabila seluruh data serta 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".
2. Saya/Kami mengerti, memahami dan menyetujui jika diperlukan 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 perubahan diterima lengkap (jika ada). Perubahan akan berlaku apabila telah disetujui oleh Pengelola dan akan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari Polis.
3. 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.
4. Pemegang Polis tidak diperkenankan menggunakan alamat korespondensi dari PO BOX atau alamat tempat tinggal Tenaga Pemasar kecuali jika Pemegang Polis adalah yang bersangkutan atau suami/istri, anak/orang-tua dari tenaga pemasar tersebut.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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.

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/Perkumpulan, WAJIB menyertakan STEMPEL dan ditandatangani oleh PIC yang ditunjuk