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 TAMBAHAN UNTUK PERMOHONAN PEMULIHAN POLIS ASURANSI TAMBAHAN MANFAAT RAWAT INAP DAN PEMBEDAHAN

- 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 ☐ Telp Rumah ☐ No. Ponsel

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

Dokumen yang wajib dilampirkan:

- Fotokopi E-KTP (untuk WNI) atau Paspor dan KIMS/ KITAS/ KITAP (untuk WNA) atas Nama Peserta, Pemegang Polis dan Peserta HISR (jika ada) yang masih berlaku dan jelas.
- Apabila memiliki asuransi tambahan Manfaat Rawat Inap dan Pembedahan (HISR) WAJIB mengisi formulir pemulihan untuk manfaat tersebut.
- Jika nama pada kartu Identitas dan atau nama pada rekening 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)

No	Nama Lengkap Peserta	Tempat & Tanggal Lahir (tgl/bln/thn)	Hubungan dengan Peserta	Tinggi Badan (cm)	Berat Badan (kg)

INFORMASI PENGHASILAN PEMEGANG POLIS (WAJIB DIISI)

Sumber dan besar penghasilan (kotor) rutin Pemegang

☐ Polis Gaji dan/atau komisi

Penjelasan untuk gaji dan/atau komisi

☐ Penghasilan pasangan (Suami/Istri)

Penjelasan tentang penghasilan pasangan

☐ Hasil usaha dan/atau lainnya

Penjelasan usaha yang dimiliki dan/atau lainnya

LEMBAR KETERANGAN KELAYAKAN ASURANSI UNTUK ASURANSI MANFAAT RAWAT INAP DAN PEMBEDAHAN

Untuk setiap jawaban **"Ya"** mohon mengisi **Kolom Keterangan** di bawah, dan dengan memberi keterangan kesehatan yang jelas meliputi informasi nama, alamat lengkap dokter, nomor kartu pasien, tanggal terakhir melakukan pemeriksaan beserta alasannya, dan melampirkan hasil pemeriksaan yang dilakukan

	Pertanyaan	**Peserta 1 Nama:**		**Peserta 2 Nama:**		**Peserta 3 Nama:**		**Peserta 4 Nama:**		**Peserta 5 Nama:**	
		Ya	**Tidak**	**Ya**	**Tidak**	**Ya**	**Tidak**	**Ya**	**Tidak**	**Ya**	**Tidak**
1	Apakah salah satu orangtua kandung atau saudara kandung Anda pernah menderita atau meninggal dunia karena penyakit kanker, demensia, tuberkulosis, tunagrahita (sindrom down) atau penyakit (keturunan) herediter lainnya? Jika "ya" sebutkan hubungannya (misal: adik, kakak dsb), umur mulai menderita penyakit tsb atau peristiwa.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	Apakah Anda pernah atau telah didiagnosis/diobati untuk diagnosis: a. Kejang-kejang, stroke, kelumpuhan, kelemahan anggota tubuh, sakit kepala yg berkepanjangan, pingsan,ganggunan mental, depresi ? b. Tiroid atau penyakit endokrin lainnya? c. Cairan keluar dari telinga, hidung berdarah, penglihatan ganda, gangguan penglihatan, pendengaran atau bicara atau penyakit telinga, mata, hidung atau tenggorokan lainnya?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

		Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak
2	d. Bronkitis, batuk berdarah, radang paru-paru, tuberkulosis, keluhan/gangguan dada/ pernafasan atau penyakit paru-paru lainnya? e. Kolesterol tinggi, serangan jantung, bising jantung, gangguan katup mitral atau gangguan katup jantung lainnya, sesak nafas, detak jantung yang cepat atau tidak teratur, sesak dada, penyakit atau gangguan jantung atau pembuluh darah lainnya? f. Ulkus lambung atau tukak usus dua belas jari, darah dalam tinja, wasir, fistula atau penyakit pada lambung atau usus lainnya? g. Penyakit prostat atau alat kelamin lainnya? h. Herniasi sendi tulang belakang (slipped disc), encok, osteoporis (penipisan tulang), patah tulang, rasa sakit atau cacat atau gangguan pada tulang-tulang otot, tulang-tulang punggung, anggota badan/ persendian/ menderita cedera yang berat. i. Dianjurkan untuk tidak mendonor darah atau pernah menerima transfusi darah atau produk darah karena hemofilia atau oleh karena alasan lain. j. Systematic Lupus Erythematosus, demam rematik, arthritis rematoid, penyakit kawasaki atau gangguan sistem kekebalan? k. Penyakit gangguan, cedera, cacat, pembedahan atau perawatan di rumah sakit yang tidak disebut di atas?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3	Apakah suami/istri Anda yang sah (jika berlaku) pernah diminta untuk melakukan dan menerima konsultasi medis konseling atau pengobatan sehubungan dengan penularan penyakit kelamin, AIDS, AIDS Related Complex atau kondisi lainnya yang berkaitan dengan AIDS?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4	Apakah Anda pernah selama 3 bulan terakhir menderita gejala-gejala berikut ini selama lebih dari 1 (satu) minggu secara berturut-turut: kelesuan, penurunan berat badan, diare, pembesaran kelenjar kelenjar atau lesi kulit?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5	Apakah dalam 12 bulan terakhir anda mengonsumsi rokok atau jenis tembakau lainnya? Jika Ya, sebutkan jumlah konsumsi (Batang/hari)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ .....
6	Apakah dalam 12 bulan terakhir anda mengonsumsi minuman beralkohol? Jika "Ya" sebutkan jumlah konsumsi (Gelas/hari)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ .....

7 Sumber dan besar penghasilan (kotor) rutin Pemegang Polis

☐ Gaji dan/atau komisi

Penjelasan untuk gaji dan/atau komisi

☐ Penghasilan pasangan (Suami/Istri)

Penjelasan tentang penghasilan pasangan

☐ Hasil usaha dan/atau lainnya

Penjelasan usaha yang dimiliki dan/atau lainnya

	KHUSUS WANITA	Peserta 1 Nama:		Peserta 2 Nama:		Peserta 3 Nama:		Peserta 4 Nama:		Peserta 5 Nama:	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	Pernahkah Anda melakukan : a. Papsmear (apus serviks)? b. Tes papsmear yang tidak normal atau diminta oleh dokter untuk mengulang tes papsmear dalam jangka waktu 6 bulan?	☐	☐ ☐	☐	☐ ☐	☐	☐ ☐	☐	☐ ☐	☐	☐ ☐
2	Pernahkan Anda melakukan mamogram atau diminta untuk melakukan mamogram, biopsi, operasi payudara, ultrasonografi panggul atau payudara, biopsi kerucut atau kolkoskopi atau pemeriksaan ginekologi lainnya?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak
3	Untuk wanita yang pernah melahirkan, pernahkan Anda: a. Menderita komplikasi selama kehamilan atau persalinan seperti diabetes, hipertensi, protein dalam air kemih, kehamilan, ektopik, Disseminated Intravascular Coagulation (DIC) atau persalinan yang sulit? b. Melahirkan bayi dengan tunagrahita (sindrom down)? c. Melakukan tes/akan melakukan tes untuk mencegah adanya tunagrahita (sindrom down) atau anomaly atau kelainan bawaan dari bayi selama kehamilan?	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐
4	Pernahkah Anda melakukan konsultasi atau menjalankan pengobatan untuk atau berniat untuk berobat atau konsultasi dengan dokter untuk: a. Suatu penyakit/gangguan payudara termasuk benjolan di payudara kista, fibromadenoma, penyakit fibrocystic, perubahan puting susu atau payudara, karsinoma insitu, kanker atau pertumbuhan? b. Suatu penyakit atau gangguan leher rahim, rahim indung telur termasuk kista indung telur, pendarahan vagina atau rahim yang tidak wajar, pembesaran rongga perut yang tidak wajar, friboma, polip, karsinoma insitu, kanker atau pertumbuhan?	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
5	Pernahkan Anda melakukan konsultasi atau apakah Anda berniat untuk melakukan konsultasi untuk pengobatan infertilitas dan "gejala prolaps" dan "keguguran"?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

No	"Berikan penjelasan untuk semua nomor dari pertanyaan yang dijawab ""Ya"", dilengkapi dengan tanggal dan alasan berobat, diagnosis dokter, nama peserta yang diasuransikan, fotokopi hasil pemeriksaan, serta nama dan alamat dokter yang melakukan pemeriksaan. (Apabila kolom tidak cukup, dapat menggunakan kertas terpisah)"

SELURUH DATA DALAM KETERANGAN TERSEBUT DI ATAS ADALAH BENAR SESUAI KONDISI KESEHATAN TIAP-TIAP PESERTA SAAT INI

Tanda tangan & Nama Peserta 1	*Tanda tangan & Nama Peserta 2*	*Tanda tangan & Nama Peserta 3*	*Tanda tangan & Nama Peserta 4*	*Tanda tangan & Nama Peserta 5*
.....	.....	.....	.....	.....

(Tanda tangan sesuai dengan nama peserta dan kartu identitas yang dilampirkan, jika peserta di bawah 18 tahun maka ditandatangani oleh Pemegang Polis)

Pernyataan dan Persetujuan Pemegang Polis

Dengan ini Saya/Kami menyatakan dan menyetujui bahwa:

1. Formulir ini merupakan formulir tambahan dan hanya berlaku untuk satu nomor polis dan formulir ini merupakan kelengkapan dari Formulir Pemulihan Polis dan pemulihan polis yang akan diproses apabila seluruh data serta syarat kelengkapan dokumen telah dipenuhi. Asuransi/Pertanggungan dan ketentuan awal pada Polis akan berlaku kembali sejak tanggal persetujuan pemulihan.
2. Jika diperlukan PT Sun Life Financial Syariah Indonesia selanjutnya disebut "Pengelola" berhak untuk melakukan verifikasi transaksi termasuk berupa pengajuan permintaan informasi tambahan atau konfirmasi kepada Pemegang 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. 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.
5. Saya/Kami telah membaca, mengerti, memahami dan menyetujui persyaratan dan ketentuan pemulihan polis yang tersebut dalam formulir ini serta bertanggung jawab atas seluruh informasi yang tercantum di dalamnya. Segala akibat yang timbul sehubungan dengan pengajuan pemulihan 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.
6. 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
7. 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.
8. 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.
9. 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.

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 Person in Charge (PIC) yang ditunjuk