

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

- 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 buhkan 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 1 500 786 atau melalui email sli_care@sunlife.com atau WA Interaktif: +6281-321-500-786
- Data yang tercantum di dalam formulir ini adalah milik PT Sun Life Financial Indonesia. Seluruh karyawan, karyawan alih daya dan tenagapemasar PT Sun Life Financial Indonesia wajib menjaga kerahasiaan data tersebut dan tidak diperkenankan untuk mempublikasikan atau 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 1 500 786 atau WA Interaktif: +6281-321-500-786

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 Telp Rumah HP

(Dapat diipilih lebih dari satu dan beri tanda v pada kotak sesuai perubahan yang diinginkan)

- Dokumen yang wajib dilampirkan :
- Fotokopi KTP/SIM/Paspor yang masih berlaku atas nama Tertanggung, Pemilik Polis dan Peserta HISR (jika ada).
 - 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,-.

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

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

INFORMASI PENGHASILAN PEMILIK POLIS (WAJIB DIISI)

Sumber dan besar penghasilan (kotor) rutin Pemilik 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
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Apakah Anda pernah atau telah didiagnosis/diobati untuk diagnosis: a. Kejang-kejang, stroke, kelumpuhan, kelemahan anggota tubuh, sakit kepala yg berkepanjangan, pingsan, gangguan 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	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?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e. Kolesterol tinggi, serangan jantung, bising jantung, gangguan katup mitral atau gangguan katup jantunglainnya, sesak nafas, detak jantung yang cepat atau tidak teratur, sesak dada, penyakit atau gangguan jantung atau pembuluh darah lainnya?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	f. Ulkus lambung atau tukak usus dua belas jari, darah dalam tinja, wasir, fistula atau penyakit pada lambung atau usus lainnya?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	g. Penyakit prostat atau alat kelamin lainnya?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	h. Herniasi sendi tulang belakang (slipped disc), encok, osteoporosis (penipisan tulang), patah tulang, rasa sakit atau cacat atau gangguan pada tulang-tulang otot, tulang-tulang punggung, anggota badan/ persendian/ menderita cedera yang berat.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	i. Dianjurkan untuk tidak mendonor darah atau pernah menerima transfusi darah atau produk darah karena hemofilia atau oleh karena alasan lain.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	j. Systematic Lupus Erythematosus, demam rematik, arthritis rematoid, penyakit kawasaki atau gangguan sistem kekebalan?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	k. Penyakit gangguan, cedera, cacat, pembedahan atau perawatan di rumah sakit yang tidak disebut di atas?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Apakah dalam 12 bulan terakhir anda mengonsumsi rokok atau jenis tembakau lainnya? Jika Ya, sebutkan jumlah konsumsi (Batang/hari)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		
6	Apakah dalam 12 bulan terakhir anda mengonsumsi minuman beralkohol? Jika "Ya" sebutkan jumlah konsumsi (Gelas/hari)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		

7 Sumber dan besar penghasilan (kotor) rutin Pemilik 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	Peserta 2	Peserta 3	Peserta 4	Peserta 5
		Nama:	Nama:	Nama:	Nama:	Nama:
	
		Ya Tidak	Ya Tidak	Ya Tidak	Ya Tidak	Ya Tidak
1	Pernahkan 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?	<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"/>
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?	<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"/>
		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?	<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"/>
4	Pernahkan 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 yg tidak wajar, fibroma, polip, karsinoma insitu, kanker atau pertumbuhan?	<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"/>
5	Pernahkan Anda melakukan konsultasi atau apakah Anda berniat untuk melakukan konsultasi untuk pengobatan infertilitas dan "gejala prolaps" dan "keguguran"?	<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"/>

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

<i>Tanda tangan & Nama Peserta 1</i>	<i>Tanda tangan & Nama Peserta 2</i>	<i>Tanda tangan & Nama Peserta 3</i>	<i>Tanda tangan & Nama Peserta 4</i>	<i>Tanda tangan & Nama Peserta 5</i>

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

Pernyataan dan Persetujuan Pemilik Polis

Dengan ini Saya 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 dan pemulihan polis yang akan diproses apabila seluruh data serta syarat kelengkapan dokumen telah dipenuhi. Pertanggungjawaban dan ketentuan awal pada Polis akan berlaku sejak tanggal persetujuan pemulihan.
2. Jika diperlukan PT Sun Life Financial Indonesia berhak untuk melakukan verifikasi transaksi termasuk berupa pengajuan permintaan informasi tambahan atau konfirmasi kepada Pemilik 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 dan peserta yang dibutuhkan sehubungan dengan kesehatan saya maupun peserta 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 dan peserta hidup dan sesudah saya dan peserta meninggal dunia. Salinan (fotokopi) dari surat kuasa ini akan sama sah dan kuatnya dengan yang asli.
5. Saya 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 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.
6. 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.
7. 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.

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