

### FORMULIR PERMOHONAN PERUBAHAN BIODATA

- 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 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 1 500 786 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 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 1 500 786 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  Telepon Rumah  HP

(Dapat dipilih lebih dari satu dan beri tanda v 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

Dengan ini mengajukan permohonan perubahan polis kepada PT Sun Life Financial Indonesia sebagai berikut:

(Pilih dan beri tanda v pada kotak sesuai pilihan)

Koreksi Tanggal Lahir (Tgl-Bln-Thn)

PERUBAHAN TERHADAP:	PERUBAHAN MENJADI
<input type="checkbox"/> Tertanggung	
<input type="checkbox"/> Pemilik Polis	

**Dokumen yang wajib dilampirkan :**

- Fotokopi KTP/SIM/Paspor Pemilik Polis yang masih berlaku dan jelas
- Fotokopi Akta Lahir /Kartu Keluarga yang menunjukkan data tanggal lahir yang baru
- Jika nasabah memiliki Asuransi Tambahan manfaat kesehatan Cashless, mohon melakukan pembayaran cetak ulang kartu sejumlah Rp 100.000,-
- Proposal perubahan format Customer Service (untuk kenaikan usia)

Jika nama yang tertera pada kartu identitas berbeda dengan nama pada polis mohon membuat surat pernyataan orang yang sama di atas meterai Rp 10.000,-.

Pekerjaan

PERUBAHAN MENJADI	
<input type="checkbox"/>	Pemilik Usaha
<input type="checkbox"/>	Karyawan
<input type="checkbox"/>	Ibu Rumah Tangga
<input type="checkbox"/>	Pelajar
<input type="checkbox"/>	Lainnya, .....
URAIAN PEKERJAAN SETELAH PERUBAHAN	
Jabatan :	..... Pendapatan Bersih per tahun: .....
Uraian Tugas :	.....
Alamat Perusahaan :	.....

**Dokumen yang wajib dilampirkan :**

- Fotokopi KTP/SIM/Paspor yang masih berlaku dan jelas
- Surat penjelasan dari Perusahaan/HRD mengenai perubahan pekerjaan

**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. 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.
5. 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.
6. Saya/kami menyatakan persetujuan untuk menerima korespondensi, pengkianan 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/pengelasan tanda tangan*