

PT SUN LIFE FINANCIAL INDONESIA

Menara Sun Life Jln. Dr. Ide Anak Agung Gde Agung Blok 6.3 Kawasan Mega Kuningan Jakarta 12950 Telp: 021-5289 0000 Faks: 021-2966 9806 Pusat Layanan Nasabah Telp: 1 500 786 WA Interaktif: +6281-321-500-786 E-mail: sli_care@sunlife.com PT Sun Life Financial Indonesia telah berizin dan

FORMULIR PERMOHONAN PERUBAHAN PROGRAM ASURANSI

- 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 menandatanganinya
- 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	ONESW THOOM		WE BOOK STORY			
Nama Pemilik Polis	SUN LIFE A STA		ARE ADDIVESTA		SUN LIFE III	IDONESIA SUNTERIA
NIK	SUN USE		HE MOONESIA	((Cantumkan Nomor Induk Kepe	endudukan)
Nama Tertanggung	MODAISSIA NOO. SIA SIA S		AFE MOONESIA		SUN LIFE INCOMESIA	MD0 22 / W
Alamat Saat ini	Modern FE		ACESIA MOONESIA	MONES!	SUN LIFE MUDNESS	
	Kota/ Pro	vinsi:	DONESIA SIMILAR SUM IFE SUM IFE INDONESIA	HIDGHES HIDGHS	Kode pos:	
Nomor Telepon	: Rumah:		Kantor:	THE WASTER WATER	Ext:	
	Handpho	ne	MODNESIA SUN	(W	AJIB diisi dengan nomor telpo	n yang aktif)
Alamat Surat Elektronik	Sia sulfiles		E INDONESIA: 50%	IX SUMMESIA	SUN LIFE INDONESIA	(E-mail)
Mohon diubah sesuai data (Dapat diipilih lebih dari sat Apakah Pemilik Polis da Indonesia?	u dan beri tanda √	pada kotak sesuai p	CONTREC MOON	an)	memiliki kewajiban pajak	HP
Ya, silakan lengka	pi tabel di bawal	n ini** Tio	dak			
Nega	ra		mor Pokok Wajib Pa er Identification Numb		Alasan Jika Tidak ada TIN'	***
JOHNSON SUR LIFE INC.		FE IN LIFE INDI		SUN LIFE MUNICIPALITY NOONESIA SUN LIFE MOONESIA		
OUNTE MOUNTAIN	DONES/4	OONESIA	ndonesia sun ur Sun i ep indonesia	E MOONISM SUN SUN LIFE INDONE	LIFE INDONES NOONES	Story LIFE Y
MONESIA NOONESIA S	INFON LIFE WEONE	CARE INCOME.	FONESIA SUN LIFE	INDONESIA SUN L	FE INDONESIA NOON	WESTA LIFE
ONESIA MOONESIA		A STATE OF S		SUN LIFE NOONES		SUN LIFE
* Pemegang Saham Pe	engendali adalah or	ang /nerseorangan y	vang mempunyai kema	mnuan untuk melakuka	an 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 vang bersangkutan tidak mewaiibkan TIN untuk keperluan CRS

nsi

PERUBAHA	AN MENJADI
Asuransi Dasar	Uang Pertanggungan
LIFE INDONESTALLIFE INDONESTALLIFICATIONESTALLIFICATIONESTALLIFICATIONESTALLIFICATIONESTALLIFICATIONESTALLIFICATIONESTALLIFICATIONESTALLIFICATIONESTALLIFICATIONESTALLIFICATIONESTALLIFICATIONESTALLIFICATIONESTALLIFICATIONESTALLIFICA	IN LIFE INDONESTA SUN LIFE INDONESTA NODRESIA NODRESIA
LUF CUN LIFE INDONE LIFE A SEA SECOND SIN S	IN LIFE INDONESIA LIFE INDUITE SUN LIFE SUN LIFE INDONESIA SUN LI
Asuransi Tambahan	Besar Manfaat
AUDONESIA SUN	FLIFE INDONESIA INDONES INDONESIA SUN LIFE INDONESIA SUN LIFE INDONESIA SUN LIFE INDONESIA SUN LIFE INDONESIA
BUNDONESIA SUNDONESIA SUNDONESIA SI	UNESIA VIJE INDONESIA LIFE INDONESIA SUR LIFE INDONESIA VIJE INDONESIA LIFE INDONESIA SUR LIFE INDONESIA VIJE INDONESIA VIJE INDONESIA SUR LIFE INDONESIA VIJE INDONESIA VIJE INDONESIA SUR LIFE INDONESIA SUR LIFE INDONESIA SUR LIFE INDONESIA VIJE INDONESIA SUR LIFE INDONESIA SU
SUN LIFE INDONESIA STANDONESIA	A SUN LIFE INDONESIA UTE INDONESIA SUN LIFE INDONE
Extra	ı Premi
SUN	LA SUN LIFE INDONESIA SUN LI
THE INDONESIA WAS AS THE WAS AN LIFE INDONESIA	SUN LIFE BY SUN LI

Dokumen yang wajib dilampirkan:

- Fotokopi KTP/SIM/Paspor Pemilik Polis yang masih berlaku dan jelas
- Surat proposal perubahan format Customer Service (untuk kenaikan resiko)
- Kuesioner HISR (untuk pengajuan asuransi tambahan HISR dan maksimal berumur 60 tahun)
- · Bukti pembayaran premi sekarang/baru (untuk perubahan uang pertanggungan/program asuransi)
- Mengisi Lembar Kelayakan Asuransi (untuk pengajuan penambahan uang pertanggungan/asuransi tambahan/perubahan program asuransi dasar)
- Mengisi Formulir Yang diasuransikan tambahan (untuk pengajuan penambahan uang pertanggungan/asuransi tambahan/ perubahan program asuransi dasar produk dengan tertanggung lebih dari 1 (multiple insured)
- Untuk penambahan Asuransi tambahan (Rider) HISR plan Platinum wajib melampirkan rekening koran 3 bulan terakhir

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. 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 yang dibutuhkan sehubungan dengan kesehatan saya 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 hidup dan sesudah saya meninggal dunia. Salinan(fotokopi) dari surat kuasa ini akan sama sah dan kuatnya dengan yang asli.
- 5. "Khusus untuk perubahan polis Asuransi Brilliance Spektra Invest, jika pemilik polis mengajukan penurunan Premi Asuransi Berkala (PAB) selama periode komitmen (5 tahun pertama) yang menyebabkan jumlah PAB kurang dari PAB tahun pertama maka bonus premi atau bonus loyalitas pada akhir tahun ke-15 akan berhenti diberikan "
- 6. 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.
- 7. 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.
- 8. 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.

aka dana perubahan yang sudah dibayari	kan akan dikembalikan ke rekening berikut:
SINITER IN	MONESIA SOCIETA DE CONTROL SUNTE SUNTE
na pemilik polis/tidak dapat dikuasakan)	DONESIA SIN
POLY CALL OF MODIFIER	SUN LIFE IN SUN LINES AND THE INDONE
AN ON LIFE INDONESIA AN LIFE INDONESIA STRUCTURE IN	SIA WESIA WESIA WESIA E INDON SUN UPE WILLIE WOOD OF THE INDON DONESIA WILDONE WOOD THE INDON
Pada tanggal /	
	na pemilik polis/tidak dapat dikuasakan) LIFE LIFE LIFE LIFE LIFE LIFE LIFE LIF

Tanda tangan sesuai dengan kartu identitas yang dilampirkan Jika terdapat perbedaan tanda tangan dengan KTP/Kartu identitas, WAJIB mengisi formulir perubahan/penegasan tanda tangan

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)

15.00	SUN LIFE INDONES. PORTANIAN SUN LIFE INDONES.	Tertanggung	Pemilik Polis
HOL	Pertanyaan Ure Indonesia Simulate Indonesia Simulat	Ya Tidak	Ya Tidak
1	Sejak tanggal permohonan untuk pemulihan Polis ini, adakah permohonan atau pemulihan kembali dari asuransi jiwa atau asuransi kesehatan ditolak, ditunda atau diterima oleh penanggung asuransi atas persyaratan selain dan yang dimohon?		SUN JEE IN
2	Apakah ada perubahan berat badan (BB) dalam 2 tahun terakhir ini? Sebutkan tinggi badan & berat badan saat ini (wajib diisi).	ONESIA CONESIA	LIFE INDONESO
GENT.	Tertanggung : BB kg, TB cm Pemilik Polis : BB kg, TB cm	DONESIA SU DONESIA SU N LIFE INDONES	N LIFE INDONES IA SUN LIFE IN LIFE INDO
3	Apakah dalam 12 bulan terakhir anda mengonsumsi rokok atau jenis tembakau lainnya? Jika "Ya" mohon jelaskan berapa batang/hari? Jumlah konsumsibatang/hari	SU F THE MACON	SULLINE MON
4	Apakah ada perubahan pekerjaan dalam 1 tahun terakhir ini?	E NOON SIA	SINLFEM
5	Sumber dan besar penghasilan (kotor) rutin Pemilik Polis Gaji dan/atau komisi Penjelasan tambahan untuk gaji dan/atau komisi Hasil usaha dan/atau lainnya Penjelasan usaha yang dimiliki dan/atau lainnya	INDONESIA INDONESIA INDONESIA IA SUN LIFE INDONESIA IA SUN LIFE INDONESIA SUN LIFE INDONESIA SUN LIFE INDONESIA SUN LIFE INDONESIA SUN LIFE INDONESIA SUN LIFE INDONESIA SUN INDONESIA INDONE	SUN LIFE INDONESIA A SUN LIFE INDONESIA
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 Indonesia dan/atau perusahaan asuransi jiwa lain?	A SIVENESIA	To the second
URE I	Nama Perusahaan Nomor SPAJ/Polis Tanggal Terbit Polis Nama Tertanggung Asuransi	Uang Perta	nggungan
ESTA STETA STETA STETA STETA STETA STETA	ONESIA SUN LIFE INDONESIA	IDONESIA SUN LIFE INTERNATIONALIFE INTER	NOONE NOONE SUN SUN SUN NOONESUN SUN SUN SUN SUN SUN SUN SUN SUN SUN SUN SUN
THE SHALL SH	Khusus Tertanggung 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	LIFE INDONESIA LIFE INDONESIA SIA LLEE INDONESIA LLEE INDONESIA LIFE INDONESIA LIFE INDONESIA LIFE INDONESIA LIFE INDONESIA	SUN LIFE INDO SUN LIFE INDO SUN LIFE IND ANDONESIA SUN LIFE IN INDONESIA SUN LIFE IN INDONESIA

1001	Pertanyaan Voolesia Sun Heritanyaan	Tertanggung	Pemilik Polis
JII.	THE WOOM WE WOUNTED	Ya Tidak	Ya Tidak
8	Apakah dalam 5 tahun terakhir Anda pernah melakukan pemeriksaan atau dianjurkanmelakukan 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	STATE OF STA	SUM LIFE INDONES A SUN LIFE INDONES A SUN LIFE INDONES A SUN LIFE INDONES A SUN LIFE INDONE BIA SUN LIFE BIA SUN LIFE SUN LIFE INDONE A SUN LIFE SUN LIFE INDONE A SUN LIFE
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	NOONE NOON	ANN LIFE INDO SUN LIFE INDO NESIA SUN DONESIA SUN
	c. Nyeri dada/Kelainan jantung dan pembuluh darah	THE INTERIOR	SUIT DE (N
	d. Stroke e. Tumor/Kista/Benjolan/Pembesaran kelenjar/Pembesaran kelenjar getah bening/Kanker		
	f. Gangguan saluran pencernaan/Sakit maag/Gastritis/Kolitis/Diare kronis	JE IN MINE IA	SUV UES
	g. Gangguan pernafasan/Batuk berkepanjangan/Sesak nafas/Asma/Bronkitis/Tuberkulosis	LUE INDONES	SI N MES
	h. Gangguan fungsi hati/Penyakit hati/Hepatitis B/Hepatitis C	NESIA BON I	FA ANDOVES
	i. Sakit kepala/Pusing/Migrain/Vertigo	DNESIA SUN	FILE IV DOWN
	j. Gangguan persendian/Rematik/Artritis/Kelainan pada otot/sendi/tulang/Gangguan tulang belakang	INDONESIA	SLIVI WY
	k. Cedera kepala	SUN LIFE INDO	NE CONTRACTOR
	l. Kelainan fungsi kelenjar gondok (tiroid)	SUN JEEUIO	SUN LINE SUN CO
	m. Kelainan darah/Anemia/Pendarahan	IN JEE HAD	SIM SOM
	n. Kejang/Epilepsi/Ayan	VESTA SUIT	544 July 6
	o. Polio	SUI/ LIFE IA	
	SUN LIFE INDONESIA SON LIFE INDONESIA SUN LIFE INDONESIA SUN LIFE INDONESIA	INESIA PINESZA	OQVESS FEARES
	p. Kelainan psikologis/Mental	I L E I VOON	65 11 4 15 W
	q. Positive covid 19	UN LIFE WAY	SUN SU
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:	MESIA SUN L NESIA SUN L NESIA SUN L UN LIFE INDONE DNESIA	E No. Cas. PE NO. Cas. PE NO. CAS. TO SAN LIFE E NO. CAS.
	a. Rabun Jauh dengan menggunakan kacamata/softlens melebihi -6.0 pada satu/dua mata atau Kelainan Mata lainnya	(0) 1/5 V/2	
	b. Gangguan Telinga, Hidung, Tenggorokan (THT)/Sinus/Gangguan Bicara	ONES MAN	VC & SVVLIFE
	c. Gangguan Usus/Empedu/Pankreas/Wasir/Organ Pencernaan lainnya	SC V 1 2 W	S S IN IF
	d. Gangguan Ginjal/Saluran Kemih (termasuk batu)/Prostat	ON CARE AND AN	Sa 4 SUN LIS
	e. Kelainan Payudara/Kandungan/Indung Telur	SULLE SUL	IN LES
	f. Alergi/Penyakit Kulit dan Kelamin/Infeksi Saluran Kencing/Penyakit yang ditularkan melalui hubungan kelamin	UN LIF SUN LIFE	SIA SUN LIFE EINDONESIA
	SUNTERIA SUNTERIA SUNTERIA SUNTERIA SUNTERIA	THE STA	PUN PILE

	MOONES INDENESM NOON OO DE LES SON	WOOMEN AND WEEK WOONES	Tertanggung	Pemilik Polis
2	Pertanyaa	V Com SUN LIFE INDONESIA INDONESIA	Ya Tidak	Ya Tidak
g.	Gangguan fungsi/Kelainan pada Otak/Saraf	SUN LIFE INDONESIA SUN GUN	NEW SULL	OT EST MANUE
h.	Penyakit Autoimun		EUT SI	SUN SUN
i.	Hernia LIFE INDONE		OF CAR THE SE	SW SON LO
j.	Gangguan Kelenjar Endokrin/Hormon		UN LIFE SUN EL	SUNTHE THE
k.	HIV atau AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndi	rome) atau ARC (AIDS-related complex)	NE SA DIE	SUN LIFE
t.	Hasil pemeriksaan medis abnormal (Darah/Air Sen Lainnya)	ni/Jantung/USG/CT Scan/Biopsi/Pap's smear/	NESIA SUN	UF E INDONES
m	Penyakit lain atau kondisi lain yang belum disebut	kan sun upe indonésia upe indonésia sun upe indo	DOMES A SU	IA SUN LIE
A _l	oabila menjawab "Ya"pada pertanyaan no. 10, moho Nama penyakit/kondisi	on untuk menjawab pertanyaan di bawah:	MDONESIA S SUN LIFE INDO	JESIA SUNT
	Tertanggung	Pemilik Polis	INDONESIA SUN LIPE IND	ONESIA .
	NUFE INDONESIA SUN LIFE INDONESI	SUN LIFE INDONESIA SUN LIFE INDONESIA SUN LIFE INDONESIA SUN LIFE INDONESIA INDONESIA SUN LIFE INDONESIA		SUN LIFE IN OUR SUN DONESIA
b.	Nama dan alamat dokter yang merawat/rumah sa	ıkit yang dikunjungi	E INDIONESIA	SUN F
	Tertanggung	Pemilik Polis	THE INDONESTA	WDONESANDE
	HIDONESIA SUN LIFE INDONESIA SUN	TE INDONESIA SUN LIFE INDONESIA	UFE INDONESIA SUI EUFE INDONESIA SUI INDONESIA SUI IN LIFE INDONESIA	A SUN CIES NO SUN
C.	Tanggal konsultasi/perawatan	NESIA SUN LIFE INDUNESIA SUN LIFE IN	DONESIA SU	4 100/15/
	Tertanggung SUN LIFE INDONESIA SUN LIFE INDONESIA SUN LIFE	Pemilik Polis UFE INDO CHESIA E INDONESIA HIGGINESIA SUN LIFE HIGGINESIA SUN LIFE HIGGINESIA SUN LIFE	LIFE INDONESIA SU LIFE INDONESIA LIA SUN LIFE INDONESIA	10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 1
d.	Tindakan medis, operasi dan nama obat yang dibe	erikan NDONESIA SUN LIFE INDONESIA SUN LIF	SUN LIFE WOOM	UN CHESTA TO
	Tertanggung SUN LIFE SUN	Pemilik Polis MDONESIA SUM LIFE INDONESIA SUM LIFE INDONESIA SUM LIFE INDONESIA SUM LIFE INDONESIA	SIA SUA LIFE E INDONESIA LIFE IA LIFE	
	ESIA SUN LIFE INDONESIA	SUN LIFE INDONESIA SUN LIFE INDO	SIA SUN LIFE INDONESIA	Noone wood
e.	Bagaimana keadaan/fungsinya sekarang?	E INDONESIA SUN LIFE INDONESIA SUN LIFE INDONE	URE MON CIRE	SAN SI
	Tertanggung	Pemilik Polis	LIFE WAY IN	STATE IN D
WE SIGN	JN LIFE INDONESIA SUN LIFE INDONESIA SUN LIFE INDONESIA SUN LIFE INDONESIA SUN LIFE INDONESIA	JEE INDONESIA SUN LIFE INDONESIA SUN LIFE INDONESIA SUN LIFE INDONESIA SUN LIFE INDONESIA		NOONESIA

DOTE THE INDONESTA WOOM PORTANIAN SO WOOMEN STIM LIFE INDONESTA			Pemilik Polis
34.16	Pertanyaan Sun Life Moonesia Sun Life Moonesia	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 "\sqrt{"}" untuk setiap kegiatan yang dilakukan dan mengisi KUESIONER yang sesuai.	NOONE HOUSE SUR LES NOONE SUR LES SUR COOKESTA	INDONESIA INDONESIA SUN UFE INDO IONESIA IONESIA
201°	a. Balap motor/balap mobil	SOLUTION OF THE SECOND	SIN SIN
OFF.	b. Beladiri		S MULTE
BALES.	c. Menyelam		IN LIFE TODAY
DAR.	d. Pendakian gunung/Panjat tebing	HO THE HOUSE	JA JAMIL FE
P. L. F.	e. Terjun payung/kegiatan berbahaya di udara	140 100 1000	ESIN LEE INDA
J. J. F.	f. Lainnya WEDNESM SUN LIFE HOONESM SUN	E INDO LE INDO	NESIA SUN
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.	FE INDONESIA SUN LIFE IN E INDONESIA	SUN LIFE IND SUN LIFE IN
PARO,	a. Mengonsumsi minuman beralkohol lebih dari 750 ml per minggu	A CONTS	SUALIE
(DO)	b. Mengonsumsi obat-obatan terlarang/narkotika/psikotropika/zat adiktif selain untuk tujuan medis	SUB LIFE SEE HAVE SUN LI	E INDONESIA
0000	c. Terlibat dalam suatu tindakan pidana	OF INDONE IA	SUM UFF
-0 -0 -0	d. Bepergian ke luar negeri untuk jangka waktu lebih dari 6 bulan dalam setahun	HESIA SUN I	IFE INDONE
14	Khusus wanita (berusia lebih dari 18 tahun): a. Apakah Anda sekarang ini sedang hamil (jika "Ya", hamil berapa bulan ?) bulan	DMESIA SUA	LIFE MUN LUSE ES A TOP MA
51P.m	b. Apakah Anda pernah mengalami kesulitan/komplikasi pada saat melahirkan?	INDONESIA	(ES) (F) (F) (F) (F) (F) (F) (F) (F) (F) (F
SIA	c. Mohon ditulis kartu berobat, nama dan alamat lengkap dokter yang memeriksa kandungan. (Mohon dituliskan di Kolom Keterangan)	SUN LIFE INS	NE MON
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 Indonesia dan/atau perusahaan asuransi jiwa lainnya?	IN LIFE MOONESTA	
16	Riwayat keluarga: Apakah ada diantara orang tua/saudara Tertanggung/Pemilik 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)	NESIA SLY NESIA SLY NESIA	

T	Masih Hidup		Meninggal		
Tertanggung	Umur	Keadaan	Umur	Penyebab	
Ayah	SIA SI	N LIFE DUN LIF	SUNT	IA SUNLIFE	
lbu	5UN	LIFE ME SUN	Wa CONE	IA SUN LIFE	
Saudara laki-laki dan perempuan	FE INDO	UFE IND	5 WOOM	SIA SUN LIFE IMPONES	

SUN LIFE INDONESIA

Demilik Delie	Masih Hidup		Meninggal		
Pemilik Polis	Umur	Keadaan	Umur	Penyebab	
Ayah	E INCIONE:	SIA SUN LII	SUN	THE TOTAL PROPERTY.	
lbu sun ul	EINDON	SIA SLIVESI	SPA	LA SONON	
Saudara laki-laki dan perempuan	IFE INDON	W LIFE INDONE	SEA CONE	SE WODNES	

FE INDONESIA SUN LIFE INDONESIA

Kolom Keterangan (mohon isi dengan nomor dari pertanyaan yang dijawab "Ya" beserta penjelasannya) (Apabila kolom tidak cukup dapat menggunakan kertas terpisah)			
SUN DONESIA SUN VESUS EN SUN DE INDUNESIA SUN LIFE	MESIA INCONESIA		
SUN LIFE INDONESIA SUN LIFE INDO	FE INDONES		
THE WALLES AND LIFE INDONESTAL THE WOOD SON TO SEE THE PROPERTY SUNLIFE INDONESTAL STATES AND THE SAME AND TH	RODRESIA SINDONESIA		
A SUN LIFE INDONES USE A SUN LIFE INDONES SUN LIFE SUN LI	IN LIFE SUN LIFE		
SIN ENDONESIA SUN LIKE SUN SUN SUN SUN LIFE INDONE	UN LIFE INDO		
IN ANDONESIA STAN SON SALATE AND SUN LIFE INDONESIA INDONESIA LIFE THE THE THE THE THE THE THE THE THE TH	SUN LIFE INCOMESIA		
DOS UN SUN LITE INDONESIA NO STOCK A VISIA SUN LIFE INDONESIA LIFE INDONESIA LIFE INDONESIA LIFE INDONESIA LIFE INDONESIA LIFE INDONESIA	SUR LIFE INDONESIA		
SUN LIFE INDONES AND THE INDONES AND THE INDONES A SUN LIFE INDONES AND THE IN	SUN LIFE INDONES		
SUN LIFE INDONESIA SUN LIFE INDONESIA SUN LIFE INDONESIA DE INDONESIA	MESIA SUNTIFE I		
SIN ONE INDONESIA SUN LIFE INDON	ONESIA SUN LIFE		
CSP OONESTA THE INDONESTA TO SEE THE OFFICE AND LIFE INDONESTA SUN LIFE INDONESTA THE SIA THE THE OFFICE INDONESTA THE SIA THE SIA THE OFFICE INDONESTA THE OFFICE IND	NDONESIA SUN		
THE SUN LIFE INDONESIA SUN LIFE	A SUNTIFE MODA		
SUN LIFE IND. CAS SALES A SUN LIFE WORKER SUN LIFE SUN LIFE SUN LIFE SUN DIVERNAL SUNDINE	SIA SUN LIFE IN		
SUN SIA SUN LIFE SUN LIFE SUN SUN SUN LIFE SUN L	A SUNTER		
STATE INDONESIA SUN LIFE INDONES	HE INDONESIA		
SUB-LIFE INDONESSA SUN LIFE INDO	LIFE INDONE		
SON LIFE INDONES NO. 25 S. W. LIFE INDONESIA SUR LI	LIFE MIN UFE S		
JUST SE PRIDUNESIA SUNT SUN SUN SUN SUN CHE INDUNESIA SUN LIFE INDUNESIA SUN LIFE INDUN	ESIA SUA		
AND AN ALIFE INDIDATE. WE ARE SENTING. SUN LIFE INDICATE SUN LIFE SUN LIFE INDICATE SUN LIFE INDICATE SUN LIFE	IN LIFE INLIGATED AND		
SUN LIFE INDUNESIA SUN LIFE INDU	SUN LIFE VALE		
OF LIVE SUN LIFE INDONESIA SUN LIFE INDONESIA SUN LIFE INDONESIA	SUN SUA VEST		
SUN LIFE INDONESIA SUN LIFE INDONESIA SUN LIFE INDONESIA SUN LIFE INDONESIA	IDNESIA NOON W		
CAN CHE INDONESIA SUN LIFE INDONESIA SUN LIFE INDONESIA SUN LIFE INDONESIA SUN LIFE INDONESIA	DONES OF LIFE		
SUN-LIFE INDONESIA SUN-LIFE INDO	1500 PUN SUN SUN SUN		
SA SUN LIFE INDONESIA SUN ACAYES, SUN LIFE INDONESIA SUN LIFE INDONESIA SUN LIFE INDONESIA SUN LIFE INDONESIA	LIFE SUN PONTA		
MESIA SUN DEE MAN OS VAN MONESTA SUN LIFE INDONESTA SUN DEE INDONESTA SUN LIFE INDONESTA	1 "Yon Alex Se. 1 - Fin Yesu An		
SUN LIFE INDONESIA	100 A		
(SELURUH DATA DALAM KETERANGAN TERSEBUT DI ATAS ADALAH BENAR KONDISI SAAT INI DARI PEMILIK POLIS / CAL I *coret salah satu	ON PEMILIK POLIS)		
Tanda tangan dan Nama Tertanggung Tanda tangan dan Nama Pemilik Polis/ Calon Pemilik Polis Tanda tangan dan Nama (Jika tertanggung berumu atau jika calon Pemilik Polis tua kandung dari Tertang	ır < 17 tahun dan lis bukan orang		
THE INDONESIA WOOMES WOOM SIA SUN LIFE INDONESIA SU	16SIA ONESTA SU		
OFE SUN LIFE IN SUN LIFE IN SUN LIFE INDONESIA SUN	IESZA WODNE IND		
LIFE SUN LIFE INDONESIA	W. Singer our		
ata 、 Lagebie 、 このとでも Maste さめきルエフグ CIFE INDANERIA 、 Idan FIFE INDANESIA 、 Idan J. Cicc 、 Sp. Cic	WARE MAN LIFE INDI		
SUN LIFE INDONESIA SUN LIFE INDO	WEST AVDONESIA		

GFS26/02/191101 SUN LIFE INDONESIA SUN LIFE INDONES