



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: 021-5289 0019
www.sunlife.co.id

Pusat Layanan Nasabah
Telp: 1 500 SUN (786) Faks: 021-2966 9806
E-mail : sli_care@sunlife.com

PT Sun Life Financial Indonesia telah terdaftar dan diawasi oleh OJK

FORMULIR PERMOHONAN PERUBAHAN POLIS (FINANCIAL)

- > 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 SUN (786) atau melalui *email* sli_care@sunlife.com
- > 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 SUN (786)

Nomor Polis :
Nama Pemilik Polis :
Nama Tertanggung :
Alamat Saat ini :
Kota/Provinsi : Kode Pos :
Nomor Telepon : Rumah : Kantor : Ext : HP:
(WAJIB diisi dengan nomor telepon yang aktif)

Alamat Surat Elektronik :
(E-mail)

Mohon diubah sesuai dengan data keterangan tersebut di atas untuk : Alamat Rumah Alamat E-mail Telepon Rumah HP
(Dapat di pilih lebih dari satu dan beri tanda \checkmark 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 \checkmark pada kotak sesuai pilihan)

Koreksi Tanggal Lahir (Tgl-Bln-Thn) Koreksi Jenis Kelamin (Pria/Wanita)

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/Ijazah terakhir/Kartu Keluarga yang menunjukkan data yang baru
- Jika nasabah memiliki Asuransi Tambahan manfaat kesehatan Cashless, mohon melakukan pembayaran cetak ulang kartu sejumlah Rp 100.000,-
- Surat 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 6.000,-.

Frekuensi Pembayaran

Dokumen yang wajib dilampirkan:

Perubahan Menjadi
<input type="checkbox"/> Bulanan (*)
<input type="checkbox"/> Tiga Bulanan
<input type="checkbox"/> Enam Bulanan
<input type="checkbox"/> Tahunan

• Fotokopi KTP/SIM/Paspor Pemilik Polis yang masih berlaku dan jelas.

Jika nama yang tertera pada kartu identitas BERBEDA dengan nama yang tertera pada polis, mohon orang yang sama membuat surat pernyataan di atas meterai Rp 6.000,-.

• Fotokopi bukti pembayaran premi sekarang (dengan frekuensi pembayaran yang baru)

• Frekuensi Pembayaran Bulanan hanya untuk metode pembayaran Autodebit dan List Bill (Worksite / Perkumpulan)

Metode Pembayaran

Dokumen yang wajib dilampirkan:

Perubahan Menjadi	
<input type="checkbox"/>	Tunai / Direct Bill
<input type="checkbox"/>	Auto debet Kartu kredit
<input type="checkbox"/>	Auto debet rekening
<input type="checkbox"/>	List bill
Nomor Rekening / Kartu Kredit: (coret salah satu)	
.....	

- Fotokopi KTP/SIM/Paspor Pemilik Polis yang masih berlaku dan jelas
- Jika nama yang tertera pada kartu identitas dan atau nama pada kartu kredit/rekening BERBEDA dengan nama yang tertera pada polis, mohon orang yang sama membuat surat pernyataan di atas meterai Rp 6.000,-
Dari Auto Debet ke Tunai:
- Surat pencabutan kuasa atas Auto debet Asli
Dari Tunai ke Auto debet atau Auto Debet satu Bank ke Auto Debet Bank lain:
- Surat Kuasa Pendebetan Rekening/Kartu Kredit asli yang ditandatangani Pemilik Rekening/Kartu Kredit di atas materai Rp 6.000,-
- Fotokopi kartu ATM/Kartu Kredit bagian depan yang masih berlaku dan jelas
- Fotokopi halaman depan buku tabungan (hanya untuk debet rekening)
- Jika Pemegang Kartu Kredit / Rekening adalah Pihak ke-3 lampirkan :
 - Formulir KYC Beneficial Owner
 - Kartu Keluarga / Akte Lahir / dokumen lain yang menunjukkan hubungan Pemilik Polis dengan Pembayaran Premi
 - Fotokopi Kartu Identitas Pemilik Rekening/Pemilik Kartu Kredit
- Perubahan cara bayar dari dan menjadi List Bill (Worksite / Perkumpulan):
- Surat pernyataan masuk / keluar List Bill (Worksite / Perkumpulan)
- Fotokopi KTP PIC List Bill yang ditunjuk
- Formulir Perubahan Non Finansial untuk perubahan alamat korespondensi

Penginian Masa Berlaku Kartu kredit

Dokumen yang wajib dilampirkan :

Perubahan Menjadi (tgl/Bln/thn)
..... / /

- Fotokopi KTP/SIM/Paspor Pemilik Polis dan Pemilik Kartu Kredit yang masih berlaku dan jelas
- Fotokopi Kartu Kredit halaman depan
- Jika nama yang tertera pada kartu identitas dan atau nama pada kartu kredit BERBEDA dengan nama yang tertera pada polis, mohon orang yang sama membuat surat pernyataan di atas meterai Rp 6.000,-.

Program Asuransi

Perubahan Menjadi	
Asuransi Dasar	Uang Pertanggungan
Asuransi Tambahan	Besar Manfaat

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)

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

Perubahan Pemilik Polis

Data Calon Pemilik Polis yang Baru

Nama Lengkap Calon Pemilik Polis :
Tempat dan Tanggal Lahir :
Agama : Jenis Kelamin :
Status Kewarganegaraan : Status Perkawinan :
Nomor KTP/Paspor/KITAS : Masa Berlaku : s/d
Alamat Rumah :
Alamat Tempat Tinggal :
Nomor NPWP :

Pekerjaan : Karyawan Swasta PNS Profesional Wiraswasta lainnya,
Jabatan :
Uraian Tugas :
Nama Perusahaan :
Alamat Perusahaan :
Website Perusahaan : www.
Total Pendapatan Bersih perTahun : Sumber Dana :
Hubungan dengan Tertanggung :
Alasan Perubahan :

Alamat Korespondensi setelah perubahan: Rumah Tempat Tinggal kantor

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

Tanda Tangan Pemilik Polis Baru :

(Mohon tanda tangan dibuat 2 x pada kotak di bawah ini)

Dokumen yang wajib dilampirkan:

- Fotokopi KTP/SIM/Paspor yang masih berlaku dari Pemilik Polis dan Calon Pemilik Polis
- Wajib mengisi Lampiran Lembar Kelayakan Asuransi (terlampir di

1

2

Pernyataan dan Persetujuan Pemilik Polis

Dengan ini Saya menyatakan dan menyetujui bahwa:

- Formulir Permohonan Perubahan Polis hanya berlaku untuk satu nomor polis dengan beberapa perubahan yang akan diproses apabila seluruh data dan kelengkapan dokumen telah dipenuhi. Jika diperlukan, PT Sun Life Financial Indonesia berhak untuk melakukan verifikasi transaksi termasuk berupa pengajuan permintaan informasi tambahan atau konfirmasi kepada Pemilik Polis. Perubahan akan berlaku apabila telah disetujui oleh PT Sun Life Financial Indonesia dan akan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari Polis. Apabila terdapat lebih dari satu permohonan dalam satu formulir, maka urutan proses transaksi akan ditentukan oleh PT Sun Life Financial Indonesia.
- 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.
- Jika diperlukan, PT Sun Life Financial Indonesia berhak untuk melakukan verifikasi transaksi termasuk berupa pengajuan permintaan informasi tambahan atau konfirmasi kepada Pemilik Polis.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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 Saat ini (Tanda tangan sesuai dengan kartu identitas yang dilampirkan)

Jika terdapat perbedaan tanda tangan dengan KTP/Kartu identitas, WAJIB mengisi formulir perubahan/penegasan tanda tangan

Lampiran - Lembar 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 pemeriksaan yang dilakukan)

	Tertanggung		Pemilik Polis	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
1. Apakah Anda pernah menderita atau diberitahu menderita atau mendapat pengobatan atau telah meminta nasihat untuk:				
a. Nyeri dada, tekanan darah tinggi, stroke, kelainan jantung atau bising jantung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Asma, batuk kronis sesak napas atau kelainan paru-paru?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Kencing manis atau ada gula dalam urine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sakit maag, colitis, diare kronis, kepatitis/kelainan hati atau pencernaan lainnya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Pingsan, ayun, kelainan syaraf dan mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Kanker, tumor, pembesaran kelenjar, pembesaran kelenjar getah bening?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Anemia, pendarahan atau kelainan darah?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Kelainan urine, ginjal atau kandung kemih?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Arthritis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. AIDS (<i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>) atau ARC (<i>Aids Related Complex</i>)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Tes lainnya yang menunjukkan adanya HIV (AIDS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Penyakit-penyakit operasi atau cedera lainnya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Apakah Anda mempunyai gejala-gejala penyakit atau keluhan kesehatan lainnya yang belum pernah dikonsultasikan ke dokter/pemeriksa kesehatan lainnya atau belum pernah diobati (contoh : sering demam dalam waktu yang lama, kehilangan berat badan yang tidak diketahui sebab-sebabnya) jika "Ya" jelaskan (<i>di Kolom Keterangan</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dalam waktu 5 tahun terakhir, apakah Anda pernah:				
a. Memeriksa diri ke dokter atau pemeriksa kesehatan lainnya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Menjalani pemeriksaan <i>electrocardiogram</i> , darah <i>rontgen</i> , <i>treadmill</i> atau pemeriksaan lainnya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Dirawat di rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya untuk alasan apapun ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Mengalami infeksi saluran kencing atau penyakit yang ditularkan melalui hubungan kelamin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Apakah anda mempunyai dokter pribadi atau dokter yang selalu/pernah Anda kunjungi jika Anda menderita suatu penyakit ? Jika "Ya" jelaskan nama dokter dan kartu berobat. (<i>Mohon dijelaskan di Kolom Keterangan</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Apakah Anda saat ini menjalani perawatan diet dengan menggunakan obat-obatan atau dengan cara lain?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kecuali diberikan dengan resep dokter, apakah Anda pernah menggunakan kokain, marijuana, LSD (<i>Lysergic Acid Diethylamide</i>), amphetamin, heroin, atau narkotik lainnya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Khusus wanita:				
a. Apakah Anda sekarang ini sedang hamil (jika "Ya", hamil berapa bulan?) ____ ____ bulan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Apakah Anda pernah mengalami kesulitan/komplikasi pada saat melahirkan ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Mohon ditulis kartu berobat, nama dan alamat lengkap dokter yang memeriksa kandungan. (<i>Mohon dijelaskan di Kolom Keterangan</i>)				
8. Riwayat keluarga :				
Apakah ada di antara 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?) (<i>Mohon dijelaskan di Kolom Keterangan</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Calon Tertanggung	Masih Hidup		Meninggal	
	Umur	Keadaan	Umur	Penyebab
Ayah				
Ibu				
Saudara laki-laki dan perempuan				

Calon Pemilik Polis	Masih Hidup		Meninggal	
	Umur	Keadaan	Umur	Penyebab
Ayah				
Ibu				
Saudara laki-laki dan perempuan				

No.	Keterangan Kesehatan (jika "Ya", tulis nomor dan jelaskan secara lengkap, apabila kolom tidak cukup dapat menggunakan kertas terpisah)

(SELURUH DATA DALAM KETERANGAN TERSEBUT DI ATAS ADALAH BENAR KONDISI SAAT INI DARI PEMILIK POLIS / CALON PEMILIK POLIS)* *coret salah satu*

Tanda tangan dan Nama Tertanggung

Tanda tangan dan Nama Pemilik Polis/ Calon Pemilik Polis

Tanda tangan dan Nama Orang Tua: