

**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 (NON-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)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nomor Polis :
Nama Pemilik Polis :
Nama Tertanggung :
Nomor Telepon : Rumah : Kantor : Ext : HP :
(WAJIB diisi dengan nomor telpon yang aktif)

Alamat Surat Elektronik :
(E-mail)

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,-. 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)

Ejaan Nama Pemilik Polis Ejaan Nama Tertanggung
- Wajib melampirkan copy dari KTP/SIM/Paspor Pemilik Polis dan atau Tertanggung yang masih berlaku **dan** Akta Lahir/Kartu Keluarga/Surat Ganti Nama)
- Jika nasabah memiliki Asuransi Tambahan manfaat kesehatan *Cashless*, mohon melakukan pembayaran cetak ulang kartu sejumlah IDR100,000.00

Alamat Surat Menyurat Alamat E-mail No telpon / HP Agama
(Wajib melampirkan copy dari KTP/SIM/Paspor Pemilik Polis yang masih berlaku)

Nomor KTP (Wajib melampirkan fotokopi KTP baru Pemilik Polis)

Status Perkawinan (Wajib melampirkan fotokopi KTP/SIM/Paspor Pemilik Polis yang masih berlaku **dan** fotokopi Kartu Keluarga/Akta Nikah/Akta Cerai, yang membuktikan adanya perubahan status perkawinan)

Nomor NPWP (Wajib melampirkan fotokopi KTP/SIM/Paspor Pemilik Polis yang masih berlaku **dan** fotokopi NPWP yang baru)

Perubahan minor lainnya (Wajib melampirkan fotokopi KTP/SIM/Paspor Pemilik Polis yang masih berlaku **dan** dokumen pendukung lain bila diperlukan)

Perubahan Menjadi

Penerima Manfaat (Wajib melampirkan fotokopi KTP/SIM/Paspor Pemilik Polis **dan** fotokopi Akta Lahir/Kartu Keluarga/Akta Nikah yang menunjukkan hubungan antara tertanggung dengan penerima manfaat)

Susunan Penerima Manfaat setelah perubahan:

No	Nama Penerima Manfaat	Hubungan dengan	Tanggal lahir	Jenis Kelamin	Persentase %	Nama Wali dan Hubungan
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

(*) Bila Penerima Manfaat berusia di bawah 17 tahun, wajib mencantumkan nama wali dari penerima manfaat tersebut dan hubungan antara wali dan penerima manfaat

Pernyataan dan Persetujuan Pemilik Polis

Dengan ini Saya menyatakan dan menyetujui bahwa:

1. Formulir Permohonan Perubahan Polis hanya berlaku untuk satu nomor polis dengan beberapa perubahan dan akan diproses apabila seluruh data serta kelengkapan dokumen telah dipenuhi. 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.
2. 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.
3. Jika diperlukan, PT Sun Life Financial Indonesia berhak untuk melakukan verifikasi transaksi termasuk berupa pengajuan permintaan informasi tambahan atau konfirmasi kepada Pemilik Polis.
4. Pemilik Polis tidak diperkenankan menggunakan alamat korespondensi dari PO BOX atau alamat tempat tinggal Tenaga Pemasar kecuali jika Pemilik Polis adalah yang bersangkutan atau suami/istri, anak/orang-tua dari tenaga pemasar tersebut.
5. 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.
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

GFS02/01/180704

Hal 2 dari 2