



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 PEMULIHAN POLIS UNTUK PRODUK TELEMARKETING

- > 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 dipilih lebih dari satu dan beri tanda pada kotak sesuai perubahan yang diinginkan)

Metode Pembayaran Premi Pemulihan :

(pilih salah satu dan beri tanda pada kotak sesuai pembayaran yang terdaftar di PT Sun Life Financial Indonesia)

Autodebit Rekening Autodebit Kartu Kredit

(Dengan memilih metode pembayaran autodebit rekening atau kartu kredit nasabah dianggap bersedia didebit sebesar premi tertunggak beserta bunganya, jika ada)

Dokumen yang wajib dilampirkan :

▪ Fotokopi KTP/SIM/Paspor yang masih berlaku (atas nama Tertanggung dan Pemilik Polis)

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

	Tertanggung		Pemilik Polis	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
1. Apakah Anda saat ini dalam keadaan cacat / tidak mampu dikarenakan oleh penyakit, cedera atau hal-hal lain yang menghalangi Anda untuk sama sekali melakukan tugas / pekerjaan Anda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Apakah dalam tahun-tahun terakhir ini Anda pernah mendapatkan perawatan untuk tekanan darah tinggi, stroke, gangguan jantung, kencing manis, kanker, nyeri dada atau pengobatan semacam itu yang dianjurkan oleh dokter atau praktik-praktik lainnya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Apakah dalam tahun-tahun terakhir ini Anda pernah mendapatkan perawatan atau dianjurkan untuk dirawat di rumah sakit atau fasilitas-fasilitas medis lainnya, atau pernahkah menjalani atau dianjurkan untuk menjalani suatu pembedahan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

No.	Kolom Keterangan (mohon isi dengan nomor dari pertanyaan yang dijawab "Ya" beserta penjelasannya)

Pernyataan, Persetujuan dan Kuasa dari Pemilik Polis

Dengan ini Saya menyatakan dan menyetujui bahwa:

1. Formulir Pemulihan Polis hanya berlaku untuk satu nomor polis yang akan diproses apabila seluruh data serta syarat kelengkapan dokumen telah dipenuhi, Pertanggung dan ketentuan awal atas Polis akan berlaku kembali sejak tanggal persetujuan pemulihan polis. Jika diperlukan PT Sun Life Financial Indonesia berhak untuk melakukan verifikasi transaksi termasuk berupa pengajuan permintaan informasi tambahan atau konfirmasi kepada Pemilik Polis.
2. 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.
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 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.
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)

Tanda tangan dan Nama Tertanggung

Tanda tangan dan Nama 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

GFS12/01/180704

Hal 2 dari 2