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

> 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 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 diipilih lebih dari satu dan beri tanda V pada kotak sesuai perubahan yang diinginkan)

Metode Pembayaran Premi Pemulihan :
(pilih salah satu dan beri tanda V pada kotak sesuai pembayaran yang diinginkan)

☐ Tunai / Transfer
(Pembayaran dapat dilakukan ke VA CIMB Niaga tekan 3439 + nomor polis)

☐ Autodebit Rekening ☐ Autodebit Kartu Kredit ☐ Lain-lain .....
(Dengan memilih metode pembayaran autodebit rekening atau kartu kredit nasabah dianggap bersedia didebit sebesar premi tertunggak beserta bunganya, jika ada)

Dokumen yang wajib dilampirkan:
- *Copy KTP/SIM/Paspor yang masih berlaku atas nama Tertanggung, Pemilik Polis dan Peserta HISR* ***(jika ada)***
- *Apabila memiliki asuransi tambahan Manfaat Rawat Inap dan Pembedahan (HISR) WAJIB mengisi formulir pemulihan untuk manfaat tersebut*
- *Bukti Pembayaran*

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

Lembar Keterangan Kelayakan Asuransi

Untuk setiap jawaban ***"Ya"*** mohon mengisi **Kolom Keterangan** di bawah, dan dimohon memberi keterangan kesehatan yang jelas yakni : informasi nama, alamat lengkap dokter, nomor kartu pasien, tanggal terakhir melakukan pemeriksaan beserta alasannya, dan melampirkan hasil pemeriksaan yang dilakukan

	Tertanggung		Pemilik Polis	
	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?	☐	☐	☐	☐
2. Apakah Anda bermaksud untuk melakukan pekerjaan atau kegiatan olah raga yang membahayakan?	☐	☐	☐	☐
3. Apakah ada perubahan berat badan (BB) dalam 2 tahun terakhir ini? BB _____ kg, TB _____cm	☐	☐	☐	☐
4. Apakah ada perubahan pekerjaan dalam 1 tahun terakhir ini?	☐	☐	☐	☐
5. 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 ?	☐	☐	☐	☐
b. Asma, batuk kronis sesak napas atau kelainan paru-paru?	☐	☐	☐	☐
c. Kencing manis atau ada gula dalam urine?	☐	☐	☐	☐
d. Sakit maag, colitis, diare kronis, hepatitis/kelainan hati atau pencernaan lainnya?	☐	☐	☐	☐
e. Pingsan, ayan, kelainan syaraf dan mental?	☐	☐	☐	☐
f. Kanker, tumor, pembesaran kelenjar, pembesaran kelenjar getah bening?	☐	☐	☐	☐
g. Anemia, pendarahan atau kelainan darah?	☐	☐	☐	☐
h. Kelainan urine, ginjal atau kandung kemih?	☐	☐	☐	☐
i. Arthritis?	☐	☐	☐	☐
j. AIDS (Aquired Immune Deficiency Syndrome) atau ARC (Aids Related Complex)?	☐	☐	☐	☐
k. Tes lainnya yang menunjukkan adanya HIV (AIDS)?	☐	☐	☐	☐
l. Penyakit-penyakit operasi atau cidera lainnya?	☐	☐	☐	☐
6. 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 penyebabnya)	☐	☐	☐	☐
7. Dalam waktu 5 tahun terakhir, apakah Anda pernah:				
a. Memeriksakan diri ke dokter atau pemeriksa kesehatan lainnya?	☐	☐	☐	☐
b. Menjalani pemeriksaan electrocardiogram, darah rontgent, treadmill atau pemeriksaan lainnya?	☐	☐	☐	☐
c. Dirawat di rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya untuk alasan apapun?	☐	☐	☐	☐
d. Mengalami infeksi saluran kencing atau penyakit yang ditularkan melalui hubungan kelamin?	☐	☐	☐	☐
8. 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. *(Mohon dituliskan pada Kolom Keterangan di hal.3)*	☐	☐	☐	☐
9. Apakah Anda saat ini menjalani perawatan diet dengan menggunakan obat-obatan atau dengan cara lain?	☐	☐	☐	☐
10. Kecuali diberikan dengan resep dokter, apakah Anda pernah menggunakan kokain, marijuana, LSD (Lysergic Acid Diethylamide), amphetamin, heroin, atau narkotik lainnya?	☐	☐	☐	☐
11. Khusus wanita:				
a. Apakah Anda sekarang ini sedang hamil (jika "Ya", hamil berapa bulan ?) I_____I_____I bulan	☐	☐	☐	☐
b. Apakah Anda pernah mengalami kesulitan/komplikasi pada saat melahirkan?	☐	☐	☐	☐
c. Mohon ditulis kartu berobat, nama dan alamat lengkap dokter yang memeriksa kandungan. *(Mohon dituliskan di Kolom Keterangan)*				
12. 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)	☐	☐	☐	☐

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

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

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

(SELURUH DATA DALAM KETERANGAN DI ATAS ADALAH BENAR KONDISI TERTANGGUNG DAN PEMEGANG POLIS SAAT INI)

Pernyataan, Persetujuan dan Kuasa dari Pemilik Polis

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

Tanda tangan dan Nama Tertanggung	Tanda tangan dan Nama Pemilik Polis	Tanda tangan dan Nama Orang Tua: *(jika Pemilik Polis bukan orang tua kandung dari Tertanggung)*

Tanda tangan sesuai dengan kartu identitas Pemilik Polis dan Tertanggung yang dilampirkan
Tanda tangan tertanggung hanya diisi jika tertanggung sudah berusia 18 tahun atau lebih
Jika terdapat perbedaan tanda tangan dengan KTP/Kartu identitas, WAJIB mengisi formulir perubahan/penegasan tanda tangan