

FORMULIR PERUBAHAN POLIS MAYOR

Nama Pemegang Polis : _____

Nomor Polis : _____

Bersama ini Saya/Kami mengajukan perubahan Polis atas Polis Saya/Kami di atas sebagai berikut: (beri tanda ✓ pada perubahan yang diinginkan)

Perubahan Premi

Premi Berkala/Tahun : Rp _____

Premi Top-Up Berkala/Tahun : Rp _____

Sumber Dana Premi : Gaji Bonus/Insentif/Komisi Warisan
 Bisnis Pribadi Hasil Investasi Lainnya : _____

Penghasilan/Tahun : Rp _____

▪ Wajib melampirkan kartu identitas Pemegang Polis. Penurunan Premi wajib melampirkan ilustrasi

Perubahan Uang Pertanggungan

Jumlah Uang Pertanggungan : Rp _____

▪ Wajib melampirkan kartu identitas Pemegang Polis. Kenaikan Uang Pertanggungan wajib melampirkan ilustrasi dan mengisi Data Kesehatan, Kegiatan, dan Kebiasaan.

Perubahan Asuransi Tambahan

Asuransi Tambahan	Uang Pertanggungan	Tambah	Hapus	Ubah
_____	Rp _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	Rp _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	Rp _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	Rp _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

▪ Wajib melampirkan kartu identitas Pemegang Polis. Penambahan Asuransi Tambahan dan/atau kenaikan Uang Pertanggungan pada Asuransi Tambahan wajib melampirkan ilustrasi dan mengisi Data Kesehatan, Kegiatan, dan Kebiasaan

Pemulihan Polis

▪ Wajib melampirkan kartu identitas Pemegang Polis, membayar Premi tertunggak, melampirkan bukti pembayaran Premi, dan mengisi data Kesehatan, Kegiatan, dan Kebiasaan

Data Kesehatan, Kegiatan, dan Kebiasaan

Jawablah pertanyaan-pertanyaan di bawah ini dengan memberikan tanda ✓ jika YA atau tanda ✗ jika TIDAK pada kolom Tertanggung dan Pemegang Polis (kolom Pemegang Polis diisi jika Pemegang Polis adalah sebagai Tertanggung Tambahan). Untuk jawaban YA, jelaskan dengan detail pada kolom Penjelasan termasuk nama rumah sakit/klinik, tanggal terdiagnosa, gejala, diagnosa, pengobatan

No.	Keterangan	Tertanggung	Pemegang Polis	Penjelasan
1.	Berapa tinggi dan berat badan Anda saat ini?	_____ cm _____ kg	_____ cm _____ kg	
2.	Apakah Anda memiliki riwayat/sedang menderita gangguan fungsi endokrin/hormon?			
3.	Apakah Anda memiliki riwayat/sedang menderita gangguan fungsi sistem kekebalan tubuh?			
4.	Apakah Anda memiliki riwayat/sedang menderita penyakit gangguan fungsi sistem indera?			
5.	Apakah Anda memiliki riwayat/sedang menderita penyakit jantung dan pembuluh darah?			
6.	Apakah Anda memiliki riwayat/sedang menderita gangguan fungsi/sistem kelenjar dan kelainan darah?			
7.	Apakah Anda memiliki riwayat/sedang menderita gangguan fungsi sistem otak dan syaraf?			
8.	Apakah Anda memiliki riwayat/sedang menderita gangguan fungsi pencernaan?			
9.	Apakah Anda memiliki riwayat/sedang menderita gangguan paru-paru atau sistem organ pernapasan (termasuk yang disebabkan oleh Covid-19)?			
10.	Apakah Anda memiliki riwayat/sedang menderita gangguan fungsi/sistem kemih?			
11.	Apakah Anda memiliki riwayat/sedang menderita penyakit sistem organ reproduksi dan penyakit menular seksual?			
12.	Apakah Anda memiliki riwayat/sedang menderita gangguan fungsi tulang, sendi, kulit dan otot?			

No.	Keterangan	Tertanggung	Pemegang Polis	Penjelasan
13.	Apakah Anda memiliki riwayat/sedang menderita gangguan fungsi pertumbuhan sel, tumor, kista, kanker atau pertumbuhan abnormal lainnya?			
14.	Apakah Anda memiliki gangguan kesehatan lainnya yang tidak/belum dinyatakan di atas termasuk namun tidak terbatas pada kelainan bentuk tubuh (termasuk gangguan kesehatan yang disebabkan oleh Covid-19)?			
15.	Pernyataan khusus untuk wanita:			
	a. Apakah saat ini Anda sedang hamil? Jika YA, sebutkan usia kehamilan.			
16.	b. Apakah ada komplikasi berkaitan dengan kehamilan ini dan/atau kehamilan sebelumnya?			
	a. Melakukan atau mempunyai kegemaran ikut kegiatan beresiko tinggi			
	b. Merokok (sebutkan jumlah konsumsi per minggu, dan berapa lama sudah mengkonsumsi)			_____ batang/hari _____ tahun, _____ bulan
	c. Mengkonsumsi minuman beralkohol (sebutkan jenisnya, jumlah konsumsi per minggu, dan berapa lama sudah mengkonsumsi)			Jenis Minuman : _____ _____ gelas/minggu _____ tahun, _____ bulan
	d. Mengkonsumsi zat psikotropika?			

PERNYATAAN

- Saya menyatakan dan menjamin bahwa semua Informasi Konsumen yang Saya berikan dalam (Formulir Pemulihan Polis/Formulir Perubahan Polis) ini, serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang disyaratkan oleh PT PFI Mega Life ("Dokumen Permohonan") sebagai bagian dari pengajuan Pemulihan Polis/Perubahan Polis adalah lengkap, benar, akurat, terkini, sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan konsisten antara satu dengan lainnya, dan tidak ada Informasi Konsumen yang Saya sembunyikan, baik dengan sengaja maupun tidak sengaja.
Apabila suatu Informasi Konsumen tersebut ternyata tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini, tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya, atau terdapat suatu Informasi Konsumen yang Saya sembunyikan, dengan menandatangani Formulir Pemulihan Polis/Formulir Perubahan Polis ini, Saya SEPAKAT DAN MENYETUJUI jika Perusahaan Asuransi melakukan hal-hal berikut ini:
 - Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
 - Membatalkan Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada Asuransi/Polis Dasar/Pertanggungan Tambahan/Polis Tambahan) dengan pengembalian Premi (atau Biaya Asuransi dari Asuransi/Polis Dasar/Pertanggungan Tambahan/Polis Tambahan) yang telah dibayarkan setelah dikurangi dengan biaya internal pemeriksaan kesehatan, Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan dan biaya-biaya yang timbul pada saat penerbitan Polis (jika ada);
 - Mengakhiri Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada Asuransi/Polis Dasar/Pertanggungan Tambahan/Polis Tambahan), tanpa kewajiban untuk mengembalikan Premi dan/atau Biaya Asuransi, apabila terdapat unsur penipuan, pemalsuan, atau kesalahan yang disengaja dalam pemberian setiap Informasi Konsumen yang tercantum dalam Dokumen Permohonan, atau apabila terdapat penyembunyian suatu Informasi Konsumen yang sebenarnya dalam Dokumen Permohonan. Atas pengakhiran tersebut, Saya juga menyetujui bahwa Perusahaan Asuransi hanya akan membayarkan Nilai Tunai (khusus untuk Produk Asuransi Yang Dikaitkan Dengan Investasi), jika ada.
 - Melakukan penilaian ulang risiko (re-underwriting), dan menambahkan syarat dan ketentuan tambahan dalam Polis (baik Asuransi/Polis Dasar/Pertanggungan Tambahan/Polis Tambahan), termasuk menambahkan risiko yang dikecualikan, menyesuaikan uang pertanggungan, dan/atau menyesuaikan jumlah Premi atau Biaya Asuransi yang harus dibayar; dan/atau
 - Menagih kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (re-underwriting), jumlah Premi dan/atau Biaya Asuransi yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. PT PFI Mega Life juga berhak untuk melakukan perjumpaan (set-off) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan Nilai Tunai yang ada dalam Polis Saya dan/atau Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan; Atas hal tersebut, Saya wajib membayarkan (jika ada) kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi.
- Sehubungan dengan klausul pembatalan atau pengakhiran Polis sebagaimana disebutkan di atas, Saya dengan ini menegaskan bahwa:
 - Penandatanganan Formulir Pemulihan Polis/Formulir Perubahan Polis ini oleh Saya merupakan bentuk persetujuan atas pembatalan atau pengakhiran Polis oleh PT PFI Mega Life jika terjadi hal-hal yang dimaksud dalam butir [2]; dan
 - Saya setuju untuk mengesampingkan ketentuan Pasal 1266 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata dan/atau ketentuan peraturan perundang-undangan lainnya yang mensyaratkan pengakhiran atau pembatalan Polis harus dilakukan berdasarkan putusan pengadilan.
- Saya* memahami bahwa Saya memiliki kewajiban untuk bertindak dengan itikad terbaik (utmost good faith) dalam setiap pengajuan Pemulihan Polis/Perubahan Polis. Oleh karena itu, Saya memahami bahwa Saya wajib mengungkapkan secara benar dan lengkap semua fakta material, yaitu data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan fakta ("Informasi Konsumen") yang dapat Mempengaruhi pertimbangan PT PFI Mega Life dalam menerima atau menolak pengajuan tersebut dan/atau menetapkan jumlah premi.

4. Saya/Kami mengerti bahwa pengajuan Formulir Perubahan Polis Mayor ini hanya diproses apabila Saya/Kami telah melengkapi persyaratan yang diperlukan oleh Penanggung, dan Penanggung berhak menolak pengajuan ini.
5. Saya/Kami menyatakan setuju untuk memenuhi kesepakatan antara Saya/Kami dengan Penanggung dan akan menaati ketentuan yang diatur dalam peraturan perundang-undangan di sektor jasa keuangan.
6. Saya/Kami bersedia melakukan pemeriksaan kesehatan apabila diperlukan oleh Penanggung dan semua biaya pemeriksaan kesehatan tersebut menjadi tanggungan Saya/Kami.
7. Saya/Kami setuju bahwa data pribadi Saya akan dikumpulkan dan disimpan oleh Penanggung untuk menyediakan, mengelola, mengembangkan dan menawarkan berbagai produk dan jasa asuransi kepada Saya, termasuk untuk keperluan layanan produk asuransi. Untuk mencapai hal tersebut, Perusahaan dapat mengungkapkan data pribadi Saya kepada pihak ketiga yang layak baik di dalam maupun di luar wilayah Republik Indonesia, termasuk para penyedia jasa dan perusahaan lain dalam kelompok usaha Perusahaan. Saya setuju bahwa Perusahaan dapat menyimpan, menggunakan dan mengungkapkan data pribadi Saya dengan cara yang demikian.
8. Saya/Kami menyatakan bahwa pembayaran Premi atas Produk Asuransi ini tidak berasal dari/untuk tujuan tindak pidana pencucian uang (*money laundering*) sebagaimana dimaksud Peraturan dan Perundang-undangan yang berlaku tentang Pencegahan dan Pemberantasan Tindak Pidana Pencucian Uang dan pendanaan terorisme. Apabila pembayaran yang dilakukan terindikasi sebagai transaksi keuangan yang mencurigakan maka Penanggung akan melaksanakan kewajibannya sesuai dengan ketentuan yang berlaku, termasuk melakukan kewajiban pelaporan atas transaksi keuangan yang mencurigakan. Selanjutnya, Saya/Kami setuju bahwa Penanggung berhak untuk memblokir, menolak, menghentikan, menunda, membatalkan transaksi dan/atau menutup hubungan usaha dengan Pemegang Polis, Tertanggung dan/atau Penerima Manfaat (*beneficial owner*) apabila Saya/Kami tidak memenuhi ketentuan Peraturan dan Perundang-undangan yang berlaku tentang Pencegahan dan Pemberantasan Tindak Pidana Pencucian uang dan pendanaan terorisme.

*Saya/Kami = Setiap pihak yang menandatangani formulir (termasuk Pemegang Polis, Tertanggung dan pihak lainnya)

Ditandatangani di _____, tanggal ____/____/20____(tanggal/bulan/tahun)

Tanda Tangan Pemegang Polis

Tanda Tangan Tertanggung