

24. Hubungan Dengan Peserta : ☐Diri Sendiri ☐Suami/Istri ☐Anak ☐Orang Tua ☐Lainnya : _

- Wajib melampirkan kartu identitas Pemegang Polis, kartu identitas Calon Pemegang Polis, dokumen pendukung yang menunjukkan hubungan calon Pemegang Polis dengan Peserta, dan Formulir Pernyataan Diri (CRS)
- Apabila Pemegang Polis orang-perseorangan bukan sebagai Peserta meninggal dunia, maka Termaslahat yang telah Dewasa untuk melakukan perbuatan hukum dapat menggantikan kedudukannya sebagai Pemegang Polis

PERNYATAAN

1. Saya/Kami menyatakan telah membaca, mengerti dan memahami semua pertanyaan dan pernyataan dalam Formulir Perubahan Polis Mayor ini. Saya/Kami menyatakan bahwa semua data, informasi, pernyataan dan keterangan yang diberikan di dalam Formulir Perubahan Polis Mayor ini dan data, informasi, pernyataan dan keterangan lain yang Saya/Kami sampaikan kepada Pengelola adalah benar, akurat, lengkap, dan dibuat secara jujur; dan tidak ada keterangan-keterangan dan hal-hal lain yang tidak Saya/Kami ungkapkan, sehingga dapat digunakan sebagai dasar pembuatan serta ketentuan-ketentuan yang dimuat dalam Polis. Apabila di kemudian hari diketahui sebaliknya, maka Saya/Kami setuju bahwa pertanggungan asuransi menjadi batal sejak awal dan Pengelola dilepaskan dari segala kewajibannya terkait pertanggungan ini serta segala tuntutan, gugatan, atau klaim apapun baik saat ini atau di kemudian hari.
2. Saya/Kami bersedia melakukan pemeriksaan kesehatan apabila diperlukan oleh Pengelola dan semua urjah pemeriksaan kesehatan tersebut menjadi tanggungan Saya/Kami.
3. Saya/Kami mengerti bahwa pengajuan Formulir Perubahan Polis Mayor ini hanya diproses apabila Saya/Kami telah melengkapi persyaratannya yang diperlukan oleh Pengelola, dan Pengelola berhak menolak pengajuan ini.
4. Saya/Kami menyatakan setuju untuk memenuhi kesepakatan antara Saya/Kami dengan Pengelola dan akan menaati ketentuan yang diatur dalam peraturan perundang-undangan di sektor jasa keuangan.
5. Saya/Kami setuju bahwa data pribadi Saya akan dikumpulkan dan disimpan oleh Pengelola 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.
6. Saya/Kami menyatakan bahwa pembayaran Kontribusi 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 Pengelola akan melaksanakan kewajibannya sesuai dengan ketentuan yang berlaku, termasuk melakukan kewajiban pelaporan atas transaksi keuangan yang mencurigakan. Selanjutnya, Saya/Kami setuju bahwa Pengelola berhak untuk memblokir, menolak, menghentikan, menunda, membatalkan transaksi dan/atau menutup hubungan usaha dengan Pemegang Polis, Peserta dan/atau Termaslahat (*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.

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

Tanda Tangan Pemegang Polis lama

Tanda Tangan Pemegang Polis Baru