

## 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 Kontribusi**

Kontribusi Berkala/Tahun : Rp

Kontribusi *Top-Up* Berkala/Tahun: Rp

Sumber Dana Kontribusi : ☐ Gaji ☐ Bonus/Insentif/Komisi ☐ Warisan  
☐ Bisnis Pribadi ☐ Hasil Investasi ☐ Lainnya :

Penghasilan/Tahun : Rp

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

☐ **Perubahan Santunan Asuransi Dasar**

Jumlah Santunan Asuransi Dasar : Rp

▪ Wajib melampirkan kartu identitas Pemegang Polis. Kenaikan Santunan Asuransi Dasar wajib melampirkan ilustrasi dan mengisi Data Kesehatan, Kegiatan, dan Kebiasaan

☐ **Perubahan Asuransi Tambahan**

| Asuransi Tambahan    | Santunan Asuransi Dasar | Tambah                   | Hapus                    | Ubah                     |
|----------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="text"/> | Rp <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/> | Rp <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/> | Rp <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/> | Rp <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

☐ **Pemulihan Polis**

▪ Wajib melampirkan kartu identitas Pemegang Polis, membayar Kontribusi tertunggak, melampirkan bukti pembayaran Kontribusi, 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 Peserta dan Pemegang Polis (kolom Pemegang Polis diisi jika Pemegang Polis adalah sebagai Peserta Tambahan). Untuk jawaban YA, jelaskan dengan detail pada kolom Penjelasan termasuk nama rumah sakit/klinik, tanggal terdiagnosa, gejala, diagnosa, pengobatan.

| No. | Keterangan                                                                                                                              | Peserta                                            | Pemegang Polis                                     | Penjelasan |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------|
| 1.  | Berapa tinggi dan berat badan Anda saat ini?                                                                                            | <input type="text"/> cm<br><input type="text"/> kg | <input type="text"/> cm<br><input type="text"/> 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Peserta | 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:<br>a. Apakah saat ini Anda sedang hamil? Jika YA, sebutkan usia kehamilan.<br>b. Apakah ada komplikasi berkaitan dengan kehamilan ini dan/atau kehamilan sebelumnya?                                                                                                                                                                                |         |                |                                                                                                                    |
| 16. | Apakah Anda mempunyai kebiasaan-kebiasaan berikut ini:<br>a. Melakukan atau mempunyai kegemaran ikut kegiatan beresiko tinggi<br>b. Merokok (sebutkan jumlah konsumsi per minggu, dan berapa lama sudah mengkonsumsi)<br>c. Mengkonsumsi minuman berakohol (sebutkan jenisnya, jumlah konsumsi per minggu, dan berapa lama sudah mengkonsumsi)<br>d. Mengkonsumsi zat psikotropika? |         |                | _____batang/hari<br>_____tahun, _____bulan<br>Jenis Minuman : _____<br>_____gelas/minggu<br>_____tahun, _____bulan |

#### PERNYATAAN

- 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 pertanggung jawaban asuransi menjadi batal sejak awal dan Pengelola dilepaskan dari segala kewajibannya terkait pertanggung jawaban ini serta segala tuntutan, gugatan, atau klaim apapun baik saat ini atau di kemudian hari.
- Saya/Kami bersedia melakukan pemeriksaan kesehatan apabila diperlukan oleh Pengelola dan semua ujah pemeriksaan kesehatan tersebut menjadi tanggungan Saya/Kami.
- Saya/Kami mengerti bahwa pengajuan Formulir Perubahan Polis Mayor ini hanya diproses apabila Saya/Kami telah melengkapi persyaratan yang diperlukan oleh Pengelola, dan Pengelola berhak menolak pengajuan ini.
- 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.
- 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.
- 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 Termaalihat (*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 |
|                             |

|                            |
|----------------------------|
| Tanda Tangan Peserta Polis |
|                            |