

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
_____	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 Santunan Asuransi Dasar pada Asuransi Tambahan wajib melampirkan ilustrasi dan mengisi Data Kesehatan, Kegiatan, dan Kebiasaan.

Pemuliharaan 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?	_____ 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/sistem 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 kemia?			
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: a. Apakah saat ini Anda sedang hamil? Jika YA, sebutkan usia kehamilan. b. Apakah ada komplikasi berkaitan dengan kehamilan ini dan/atau kehamilan sebelumnya?			
16.	Apakah Anda mempunya kebiasaan-kebiasaan berikut ini: a. Melakukan atau mempunyai kegemaran ikut kegiatan beresiko tinggi b. Merokok (sebutkan jumlah konsumsi per minggu, dan berapa lama sudah mengkonsumsi) c. Mengkonsumsi minuman beralkohol (sebutkan jenisnya, jumlah konsumsi per minggu, dan berapa lama sudah mengkonsumsi)			batang/hari tahun, bulan Jenis Minuman : gelas/minggu tahun, bulan
	d. Mengkonsumsi zat psikotropika?			

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 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.
- Saya/Kami bersedia melakukan pemeriksaan kesehatan apabila diperlukan oleh Pengelola dan semua ujrah 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 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.

FORMULIR PERUBAHAN POLIS MAYOR

1. Saya* memahami bahwa Saya memiliki kewajiban untuk bertindak dengan iktikad 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 kontribusi.
2. 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 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 Syariah melakukan hal-hal berikut ini:
 - a. Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi Syariah yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi Syariah;
 - b. Membatalkan Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada Asuransi Syariah/Polis Dasar/Asuransi Syariah Tambahan/Polis Tambahan) dengan pengembalian Kontribusi (atau Biaya Asuransi Syariah dari Asuransi Syariah/Polis Dasar/Asuransi Syariah Tambahan/Polis Tambahan) yang telah dibayarkan setelah dikurangi dengan biaya internal pemeriksaan kesehatan, Manfaat Asuransi Syariah yang telah dibayarkan dan biaya-biaya yang timbul pada saat penerbitan Polis (jika ada);
 - c. Mengakhiri Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada Asuransi Syariah/Polis Dasar/Asuransi Syariah Tambahan/Polis Tambahan), tanpa kewajiban untuk mengembalikan Kontribusi dan/atau Biaya Asuransi Syariah, 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 Syariah hanya akan membayarkan Nilai Tunai, jika ada.
 - d. Melakukan penilaian ulang risiko (re-underwriting), dan menambahkan syarat dan ketentuan tambahan dalam Polis (baik Asuransi Syariah/Polis Dasar/Asuransi Syariah Tambahan/Polis Tambahan), termasuk menambahkan risiko yang dikecualikan, menyesuaikan manfaat asuransi syariah, dan/atau menyesuaikan jumlah Kontribusi atau Biaya Asuransi Syariah yang harus dibayar; dan/atau
 - e. Menagih kekurangan Kontribusi dan/atau Biaya Asuransi Syariah dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (re-underwriting), jumlah Kontribusi dan/atau Biaya Asuransi Syariah 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 Syariah yang akan dibayarkan; Atas hal tersebut, Saya wajib membayarkan (jika ada) kekurangan Kontribusi dan/atau Biaya Asuransi Syariah.
3. Sehubungan dengan klausul pembatalan atau pengakhiran Polis sebagaimana disebutkan di atas, Saya dengan ini menegaskan bahwa:
 - a. 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
 - b. 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 = Setiap pihak yang menandatangani Formulir (termasuk Pemegang Polis, Peserta dan pihak lainnya).

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

Tanda Tangan Pemegang Polis

Tanda Tangan Peserta Polis