

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/Komis 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?			
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?			
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 mempunyai 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. Mengonsumsi minuman berakohol (sebutkan jenisnya, jumlah konsumsi per minggu, dan berapa lama sudah mengkonsumsi) d. Mengonsumsi zat psikotropika?			_____ batang/hari _____ tahun, _____ bulan Jenis Minuman : _____ _____ gelas/minggu _____ 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 Penanggung 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 asuransi menjadi batal sejak awal dan Penanggung dilepaskan dari segala kewajibannya terkait pertanggung ini serta segala tuntutan, gugatan, atau klaim apapun baik saat ini atau di kemudian hari.
- Saya/Kami bersedia melakukan pemeriksaan kesehatan apabila diperlukan oleh Penanggung dan semua biaya 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 Penanggung, dan Penanggung berhak menolak pengajuan ini.
- 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.
- Saya/Kami menyatakan setuju bahwa pada setiap saat Penanggung dapat menggunakan dan mengungkapkan informasi atau keterangan yang Saya/Kami berikan untuk kepentingan usahanya, termasuk namun tidak terbatas untuk mengungkapkan informasi kepada pihak ketiga manapun, baik yang berlokasi di dalam maupun di luar Negara Republik Indonesia, termasuk kepada penyedia jasa dan perusahaan-perusahaan lainnya dalam kelompok usaha Penanggung.
- 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.

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

Tanda Tangan Pemegang Polis

Tanda Tangan Tertanggung