PT Great Eastern Life Indonesia
Menara Karya Lt. 5
Jl. H. R. Rasuna Said Blok X-5 Kav. 1-2
Jakarta Selatan 12950 – Indonesia

Customer Contact Centre
(+62) 21 2554 3800 (Senin - Jumat, 09.00-17.00 WIB)
(+62) 811 956 3800 (Senin - Jumat, 09.00-17.00 WIB)
wecare-id@greateasternlife.com
www.greateasternlife.com/id

Great Eastern
A member of the OCBC Group

Formulir Perubahan Polis

BERSAMA INI KAMI INGIN MENGAJUKAN PERMOHONAN UNTUK DIADAKAN PERUBAHAN POLIS SEBAGAI BERIKUT:

Nomor Polis : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nama Pemegang Polis : _____

Nama Tertanggung : _____

Nomor HP : _____

Alamat E-mail : _____

A. HAL-HAL YANG DIUBAH: (BERI TANDA X UNTUK JENIS PERUBAHAN DAN KOLOM YANG DIPILIH)

☐ PERUBAHAN NON FINANCIAL

1. ◯ Cara Penagihan Premi : dari _____ menjadi _____

2. ◯ Koreksi/ Perubahan Nama

Pemegang Polis : dari _____ menjadi _____

Tertanggung : dari _____ menjadi _____

Termaslahat : dari _____ menjadi _____

: dari _____ menjadi _____

: dari _____ menjadi _____

Untuk Penggantian Pemegang Polis, mohon dapat melengkapi data dibawah ini:
(Jika Calon Pemegang Polis baru bukan perorangan, maka data diisi dengan data Pemegang Polis Perusahaan)

Nama Pemegang Polis Baru : _____

Nomor Identitas : _____
(*Jika Calon Pemegang Polis baru bukan perorangan, isi dengan nomor izin dari instansi berwenang*)

Jenis Identitas : ◯ KTP ◯ Pasport ◯ KIMS ◯ KITAS ◯ Lainnya : _____

Tanggal Lahir : __ / __ / ____ Jenis Kelamin (untuk individu) : ◯ Pria ◯ Wanita
(*Jika Calon Pemegang Polis baru bukan perorangan, isi dengan data pendirian perusahaan*)

Kota Tempat Lahir : _____ Status Pernikahan : ◯ Belum Menikah ◯ Menikah ◯ Cerai Hidup ◯ Cerai Mati
(Jika Calon Pemegang Polis baru bukan perorangan, isi dengan kota tempat pendirian perusahaan)

Alamat : _____

_____

Kota: _____ Kode Pos: _____

Telepon Rumah: _____ Telepon Kantor: _____

Handphone (*Wajib diisi*): _____ Email: _____

Alamat Kantor *(untuk perorangan)* : _____

_____

Kota: _____ Kode Pos: _____

Telepon Kantor: _____

Kewarganegaraan : ◯ Indonesia, No NPWP: _____ ◯ Asing, sebutkan negara asal: _____

Nama Gadis Ibu Kandung *(untuk perorangan)* : _____

Pekerjaan *(untuk perorangan)* : _____

Uraian Pekerjaan *(untuk perorangan)* : _____

Nama Perusahaan *(untuk perorangan)* : _____

Bidang Usaha : _____

Sumber Dana Penghasilan : _____

Pendapatan Per tahun (Rp) : _____

Hubungan dengan Pemegang Polis Lama : ◯ Suami ◯ Isteri ◯ Orang Tua ◯ Anak

◯ Diri Sendiri ◯ Lainnya, sebutkan: _____

Alasan Penggantian Pemegang Polis : _____

3. ◯ Alamat Korespondensi : **dari** _____

_____

Kota: _____ Kode Pos: _____

Telepon Rumah: _____ Telepon Kantor: _____

Handphone: _____ Email: _____

menjadi _____

_____

Kota: _____ Kode Pos: _____

Telepon Rumah: _____ Telepon Kantor: _____

Handphone: _____ Email: _____

PT Great Eastern Life Indonesia
Menara Karya Lt. 5
Jl. H. R. Rasuna Said Blok X-5 Kav. 1-2
Jakarta Selatan 12950 – Indonesia

Customer Contact Centre
(+62) 21 2554 3800 (Senin - Jumat, 09.00-17.00 WIB)
(+62) 811 956 3800 (Senin - Jumat, 09.00-17.00 WIB)
wecare-id@greateasternlife.com
www.greateasternlife.com/id

Great Eastern
A member of the OCBC Group

4. ◯ Tanda tangan Pemegang Polis/ Tertanggung *(Coret yang tidak perlu)* : ☐ ☐

5. ◯ Pengajuan Cuti Premi

6. ◯ Penghentian Cuti Premi

☐ PERUBAHAN FINANCIAL

1. ◯ Frekuensi Pembayaran Premi : dari _____ menjadi _____
2. ◯ Premi Dasar : dari _____ menjadi _____
3. ◯ Premi Top Up Berkala : dari _____ menjadi _____
4. ◯ Uang Pertanggungan : dari _____ menjadi _____
5. ◯ Rider/ Asuransi Tambahan : dari _____ menjadi _____
   dari _____ menjadi _____
   dari _____ menjadi _____

☐ PERUBAHAN LAINNYA (Jika ada perubahan lain yang tidak disebutkan di atas)

6. ◯ Lain-Lain : _____
   _____
7. ◯ Alasan Perubahan : _____
   _____

PENTING UNTUK DIKETAHUI

- Setiap perubahan wajib melampirkan salinan identitas diri berupa KTP atau (KITAS dan *Passport**).
- PT Great Eastern Life Indonesia ("Perusahaan") memiliki hak untuk meminta dokumen lainnya jika dianggap perlu.
- Semua perubahan harus diajukan oleh Pemegang Polis dan disetujui oleh Tertanggung,
- Untuk perubahan alokasi Premi, kenaikan Uang Pertanggungan dan Penambahan Rider/Asuransi Tambahan, wajib melampirkan ilustrasi.
- Untuk perubahan kenaikan Uang Pertanggungan dan penambahan Rider/Asuransi Tambahan, wajib melampirkan Formulir Pernyataan Kesehatan Tertanggung Utama dan atau Formulir Pernyataan Kesehatan Tertanggung Tambahan (jika ada)
- Untuk pengajuan Cuti Premi (Premium Holiday), hanya dapat diberlakukan dan diproses atas permintaan/pengajuan tertulis dan persetujuan Pemegang Polis paling lambat 30 (tiga puluh) hari kalender sebelum Cuti Premi berlaku. Total Nilai Investasi akan terus berkurang dengan adanya pemotongan biaya-biaya yang jatuh tempo dan/ atau tertunggak dan akan berpengaruh terhadap kecukupan Nilai Investasi selama Masa Asuransi.

*KITAS dan *Passport* khusus untuk Warga Negara Asing

PT Great Eastern Life Indonesia
Menara Karya Lt. 5
Jl. H. R. Rasuna Said Blok X-5 Kav. 1-2
Jakarta Selatan 12950 – Indonesia

Customer Contact Centre
(+62) 21 2554 3800 (Senin - Jumat, 09.00-17.00 WIB)
(+62) 811 956 3800 (Senin - Jumat, 09.00-17.00 WIB)
wecare-id@greateasternlife.com
www.greateasternlife.com/id

Great Eastern
A member of the OCBC Group

B. PERNYATAAN TENTANG KEPATUHAN PERPAJAKAN

1. a. Saya/kami memiliki kediaman pajak (*tax residency*) Amerika Serikat

☐ Ya ☐ Tidak

b. Saya hanya memiliki kediaman pajak dan kewajiban pajak di Indonesia

☐ Ya, saya hanya memiliki kediaman pajak di Indonesia dan tidak memiliki kediaman pajak atau kewajiban pajak di luar negeri

☐ Tidak, saya memiliki kediaman pajak atau kewajiban pajak selain di Indonesia, sebagai berikut:

Negara Kediaman Pajak	Nomor Wajib Pajak (Tax Identification Number -TIN)	Alasan TIN tidak ada (sesuai pilihan A, B, atau C dibawah ini)	Jika alasan B dipilih, mohon jelaskan alasannya

A. Negara/ yuridiksi dimana Saya/ Kami memiliki kediaman tidak menerbitkan TIN kepada orang yang berkediaman di negara yuridiksi tersebut
B. Saya/ Kami tidak dapat memperoleh TIN atau nomor perpajakan sejenis
C. TIN tidak dipersyaratkan oleh negara/yurisdiksi dimana Saya/ Kami memiliki kediaman (pilihan ini dipilih hanya jika hukum di negara/ yuridiksi tersebut mensyaratkan pengumpulan dan/ atau pelaporan TIN yang diterbitkan negara/ yurisdiksi tersebut.

c. Mohon pilih alasan di bawah ini dengan beri tanda √ atau jelaskan alasan dalam hal alamat atau nomor telepon Anda berbeda dengan negara kediaman pajak Anda:

1. Pelajar di institusi pendidikan di negara kediaman/alamat surat/ nomor telepon		3. Kunjungan program pertukaran pelajar/ budaya di negara kediaman/ alamat surat/ nomor telepon yang kurang dari 6 bulan	
2. Bekerja di negara kediaman/ alamat surat/ nomor telepon yang kurang dari 6 bulan		4. Perjalanan reguler dengan yuridiksi yang berbeda antara rumah dan tempat bekerja	
5. Alasan lainnya, mohon sebutkan:			

2. Saya/Kami setuju bahwa Saya/ Kami akan memberitahukan segera kepada Perusahaan setiap perubahan atau penambahan informasi yang telah Saya/ Kami berikan tentang Saya/Kami, Tertanggung, Termaslahat/Penerima Manfaat dan Pemilik Manfaat/ *Beneficial Owner* yang disebutkan dalam Polis dan orang lain yang relevan (jika ada, secara bersama-sama dengan Tertanggung dan Termaslahat/ Penerima Manfaat serta Pemilik Manfaat/ *Beneficial Owner* selanjutnya disebut sebagai "Orang yang Relevan") sebagaimana dibutuhkan oleh Perusahaan. Saya/Kami selanjutnya setuju, atau menyatakan kepada Perusahaan bahwa setiap Orang yang Relevan telah setuju bahwa dalam hal informasi tentang setiap Orang yang Relevan telah disampaikan kepada Perusahaan, maka Perusahaan dapat mengungkapkan informasi tersebut untuk tujuan kepatuhan terhadap hukum, peraturan, kode etik atau pedoman yang berlaku, atau untuk membantu dalam penegakan hukum dan penyelidikan oleh otoritas yang berwenang.

3. Saya/Kami memahami bahwa Perusahaan tidak akan bertanggung jawab atas segala biaya atau kerugian yang mungkin timbul kepada Saya/Kami atau salah satu Orang yang Relevan karena tindakan Perusahaan yang diperkenankan untuk tujuan ini. Dalam hal ini, Saya/Kami setuju untuk membebaskan Perusahaan dari semua tuntutan dari Orang yang Relevan atas biaya atau kerugian tersebut di atas. Saya/Kami juga memahami bahwa kegagalan Saya/Kami untuk memenuhi salah satu kewajiban terkait Polis, atau penyajian tidak benar atau tidak akurat yang diberikan dalam Polis, akan berakibat Perusahaan berhak untuk mengurangi atau menahan semua atau sejumlah tertentu dari pembayaran manfaat yang harus dibayar sesuai Polis, dan/atau untuk mengakhiri Polis tanpa adanya kewajiban, sejauh diperbolehkan oleh hukum yang berlaku, dan Saya/Kami akan membebaskan Perusahaan dari semua biaya dan kerugian yang mungkin timbul.

PT Great Eastern Life Indonesia
Menara Karya Lt. 5
Jl. H. R. Rasuna Said Blok X-5 Kav. 1-2
Jakarta Selatan 12950 – Indonesia

Customer Contact Centre
(+62) 21 2554 3800 (Senin - Jumat, 09.00-17.00 WIB)
(+62) 811 956 3800 (Senin - Jumat, 09.00-17.00 WIB)
wecare-id@greateasternlife.com
www.greateasternlife.com/id

Great Eastern
A member of the OCBC Group

4. Saya/Kami setuju untuk melengkapi dan menandatangani dokumen-dokumen yang diperlukan dan melakukan hal-hal untuk tujuan yang dibutuhkan oleh Perusahaan untuk melakukan evaluasi atas Polis Saya/Kami dan untuk menyediakan produk atau jasa sesuai permintaan Saya/Kami.

JANGAN MENANDATANGANI FORMULIR INI DALAM KEADAAN KOSONG

Ditandatangani di _____ , tanggal _____

PEMEGANG POLIS (LAMA)	PEMEGANG POLIS (BARU)*	TERTANGGUNG	DIKETAHUI (TENAGA PEMASAR)
_____	_____	_____	_____
Tanda Tangan dan Nama Jelas	Tanda Tangan dan Nama Jelas	Tanda Tangan dan Nama Jelas	Tanda Tangan dan Nama Jelas

*Wajib dilengkapi tanda tangan Pemegang Polis baru jika ada pengajuan Penggantian Pemegang Polis