PT Great Eastern Life Indonesia
Menara Karya Lantai 5, Jl. HR. Rasuna Said Blok X-5 kav. 1-2, Jakarta 12950 - Indonesia
www.greateasternlife.com

Customer Contact Centre
T: (021) 2554 3800 (Senin-Jumat, 09.00-18.00) F: (021) 5794 4719
SMS: 0812-129-3800 Ketik *INFO email: wecare-ID@greateasternlife.com

Great Eastern
A member of the OCBC Group

FORMULIR PEMULIHAN POLIS

Bersama ini kami ingin mengajukan permintaan pemulihan polis sebagai berikut:

Nomor Polis : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nama Pemegang Polis : _____

Nama Tertanggung Utama : _____

Tanggal Lahir Tertanggung Utama : _____

Nomor Telepon/Hand Phone : _____

Alamat E-mail : _____

KETERANGAN KESEHATAN TERTANGGUNG UTAMA

NO.	PERTANYAAN	YA	TIDAK
1	Apakah anda pernah, sedang atau disarankan untuk menjalani pembedahan/operasi, perawatan, pemeriksaan kesehatan, pemeriksaan laboratorium/diagnostik, kecuali untuk screening kesehatan rutin atau yang berkaitan dengan permintaan pekerjaan?		
2	Apakah anda pernah atau sedang menderita penyakit/gangguan pada sistem syaraf, otak, ayan (epilepsi), mata, telinga, sistem jantung dan pembuluh darah , kelainan darah (Anemia, Leukemia, Hemophilia), sistem pernapasan dan paru-paru, sistem pencernaan, hepatitis, ginjal dan sistem kandung kemih, prostat, organ reproduksi, AIDS/terinfeksi HIV, limpa, diabetes (sakit gula), kolesterol tinggi, sistem pergerakan (seperti tulang sendi dan rematik), kelumpuhan, mental/jiwa, kanker/tumor atau penyakit yang belum disebutkan di atas?		
3	Apakah Anda saat ini atau pernah atau berencana bekerja atau melakukan kegiatan/olah raga/kegemaran yang berisiko tinggi? Jika "Ya", sebutkan jenisnya		
4	Apakah anda pernah ditolak, ditunda atau diterima dengan syarat dalam pengajuan Asuransi jiwa/kecelaakaan/kesehatan, kepada Perusahaan Asuransi ini atau Asuransi lain?		
5	Tinggi Badan saat ini : ……. cm Berat Badan saat Ini : ……. kg Apakah anda merasa ada perubahan (kenaikan/penurunan) berat badan dalam 12 (duabelas) bulan terahir? (Jika 'Ya', jelaskan penyebabnya pada kolom yg disediakan dibawah)		
6	Apakah anda mempunyai atau pernah mempunyai kebiasaan mengkonsumsi minuman beralkohol, merokok, obat penenang, narkotik atau zat adiktif lain? Jika ya, sebutkan jenis dan jumlah yang dikonsumsi setiap hari? Apabila anda menjawab "Ya" pada pertanyaan kebiasaan merokok/minum minuman beralkohol diatas, maka jawab pertanyaan dibawah ini: Rata-rata dalam sehari _____ batang Rata-rata dalam sehari _____ sloki/botol		
7	Khusus Wanita: a) Apakah anda sekarang dalam keadaan hamil? Apabila "Ya" : Usia kehamilan ……. Bulan ……Hari b) Apakah anda pernah mengalami komplikasi saat melahirkan, menderita penyakit pada payudara atau organ kewanitaan lainnya?		
8	Apakah ada diantara orang tua, saudara kandung anda pernah menderita kanker, tumor, kencing manis (diabetes) tekanan darah tinggi (hipertensi), penyakit jantung, stroke, penyakit paru (tubercolosis, asma), penyakit hati (hepatitis), batu kandung empedu, batu ginjal, penyakit ginjal, epilepsi, gangguan mental/psikis/kejiwaan? Jika "Ya" sebutkan jenis penyakitnya dan usia saat menderita penyakit tersebut. Jika sudah meninggal, sebutkan usia saat meninggal dan jenis penyakitnya?		
9	Pekerjaan Tertanggung Utama saat ini Bidang Pekerjaan : …….. Jabatan : ……..		

Berikan penjelasan pada kolom dibawah ini untuk semua pertanyaan yang dijawab "Ya" (Jika pertanyaan no. 1 s/d 3 di jawab "Ya",berikan penjelasan sebagai berikut: sebutkan jenis penyakit/pekerjaan, kapan mulai terjadi dan berapa lama dirawat, sebutkan RS/klinik/dokter yang merawat, jelaskan bagaimana terapi tsb**).**

Berikan penjelasan mengenai penyebab polis menjadi tidak aktif pada kolom di bawah ini:

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, saya menyatakan:
Bahwa jawaban/isi/keterangan dalam surat ini telah saya berikan sesuai dengan yang sebenarnya dan saya memahami bahwa jawaban/isi/keterangan tersebut menjadi dasar yang tidak terpisahkan dari Polis yang dipulihkan.

PT Great Eastern Life Indonesia
Menara Karya Lantai 5, Jl. HR. Rasuna Said Blok X-5 kav. 1-2, Jakarta 12950 - Indonesia
www.greateasternlife.com

Customer Contact Centre
T: (021) 2554 3800 (Senin-Jumat, 09.00-18.00) F: (021) 5794 4719
SMS: 0812-129-3800 Ketik *INFO email: wecare-ID@greateasternlife.com

Great Eastern
Life is Great
A member of the OCBC Group

Dalam mengisi dan menandatangani Formulir ini, saya sebagai Pemegang Polis mengerti dan menyetujui:

1. Dokumen yang wajib dilampirkan adalah salinan identitas diri Pemegang Polis dan Tertanggung Utama berupa KTP atau (KITAS dan *Passport**) .
2. PT Great Eastern Life Indonesia ("Perusahaan") memiliki hak untuk meminta dokumen lainnya jika dianggap perlu.
3. Pelunasan semua tunggakan premi tidak menjamin permintaan pemulihan Polis dapat disetujui.
4. Polis yang lapse dinyatakan pulih segera setelah Perusahaan telah mengeluarkan surat persetujuan untuk itu.
5. Selama permintaan pemulihan Polis diproses, status Polis tetap dianggap lapse dan Perusahaan tidak mempunyai kewajiban menanggung risiko apapun atas tertanggung.
6. Tertanggung bersedia melakukan pemeriksaan kesehatan (apabila ada) pada Rumah Sakit/Klinik Rekanan Perusahaan dan bersedia menanggung segala biaya yang timbul karenanya.
7. Pemulihan tidak diijinkan bagi polis yang telah lapse lebih dari 2 (dua) tahun, tertanggung utama wanita dengan usia kehamilan > 6 (enam) bulan.
8. Batas usia maksimum untuk tertanggung mengikuti ketentuan masing-masing produk.
9. Pemulihan Polis yang telah diproses Perusahaan tidak dapat dibatalkan Pemegang Polis dan Perusahaan berhak menolak pengajuan pembatalan yang dimaksud.

***KITAS dan *Passport* khusus Warga Negara Asing

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 Indentification Number - TIN)	Alasan TIN tidak ada (sesuai pilihan A, B atau C dibawah ini)	Jika alasan B dipilih, mohon jelaskan alasannya

A. Negara/yurisdiksi dimana Saya/Kami memiliki kediaman tidak menerbitkan TIN kepada orang yang berkeberdiaman di negara/yurisdiksi 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/yurisdiksi tersebut mensyaratkan pengumpulan dan/atau pelaporan TIN yang diterbitkan negara/yurisdiksi tersebut.

c. Mohon pilih (√) atau jelaskan alasan dalam hal alamat atau nomor telepon Anda berbeda dengan negara kediaman pajak Anda:

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

2) Saya menyatakan bahwa Saya adalah orang yang berwenang menandatangani formulir ini. Lebih lanjut, Saya dengan ini menyatakan, mengakui, memahami dan menyetujui bahwa Perusahaan memiliki kewajiban berdasarkan hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku untuk mengumpulkan informasi mengenai kediaman pajak dan informasi perpajakan yang relevan 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") dalam formulir ini dan melaporkannya ke Otoritas Jasa Keuangan atau pihak lain yang berwenang sesuai hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

3) Saya/Kami setuju bahwa Saya/Kami akan memberitahukan segera kepada Perusahaan setiap perubahan atau penambahan informasi yang telah Saya/Kami berikan tentang Orang Yang Relevan sebagaimana dibutuhkan oleh Perusahaan dalam jangka waktu 30 (tiga puluh) hari setelah adanya perubahan kediaman pajak dan informasi perpajakan yang relevan tersebut. 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.

4) 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.

5) 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 | Tertanggung Utama

_____ _____

Tanda Tangan & Nama Jelas | Tanda Tangan & Nama Jelas