

FORMULIR PERUBAHAN FINANCIAL 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 DIRUBAH : (BERI TANDA X UNTUK KOLOM YANG DIPILIH)

1. Frekwensi 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 _____
dari _____ menjadi _____
dari _____ menjadi _____

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, wajib melampirkan ilustrasi.
- Untuk perubahan kenaikan uang pertanggungan dan penambahan rider, wajib melampirkan formulir pernyataan kesehatan tertanggung utama dan atau formulir pernyataan kesehatan tertanggung tambahan (jika ada)

*KITAS dan *Passport* khusus untuk Warga Negara Asing

B. PERNYATAAN TENTANG KEPATUHAN

1) Saya/Kami adalah Wajib Pajak Negara Asing

Ya Tidak

Jika Ya, mohon sebutkan Negara dan Nomor Identitas Pajak (*Tax Payer Identification Number- TIN*)

Negara: _____ TIN: _____

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, Termaalihat/Penerima Manfaat dan Pemilik Manfaat/*Beneficial Owner* yang disebutkan dalam Polis dan orang lain yang relevan (jika ada, secara bersama-sama dengan Tertanggung dan Termaalihat/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.

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,

TERTANGGUNG,

Diketahui,

Tandatangan & Nama Jelas

Tandatangan & Nama Jelas

Tandatangan & Nama Jelas