

FORMULIR PENAMBAHAN TOP UP TUNGGAL (SINGLE TOP UP)

CATATAN PENTING:

1. Pastikan formulir diisi dengan benar dan lengkap.
 2. Jangan tanda tangani formulir ini dalam keadaan kosong.
 3. Jika terjadi salah penulisan mohon di coret dan bubuhkan tanda tangan Pemegang Polis.
 4. Wajib melampirkan salinan identitas diri masih berlaku berupa KTP atau (KITAS dan Passport)*
 5. Wajib melampirkan bukti pembayaran dana top up tunggal.
 6. Apabila salah satu dari persyaratan diatas tidak lengkap maka PT Great Eastern Life Indonesia berhak untuk tidak memproses transaksi.
- *KITAS dan Passport khusus untuk Warga Negara Asing

NO. POLIS :

NAMA PEMEGANG POLIS : _____

NO. TELEPON/HP :

ALAMAT E-MAIL : _____

WAJIB DILENGKAPI !

Sehubungan dengan Peraturan Otoritas Jasa Keuangan No. 39/POJK.05/2015 tentang Penerapan Program Anti Pencucian Uang dan Pencegahan Pendanaan Terorisme Oleh Penyedia Jasa Keuangan Di Sektor Industri Keuangan Non-Bank, PT Great Eastern Life Indonesia ("Perusahaan") menerapkan kewajiban bagi Pemegang Polis untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan dibawah ini.

Pembayar Dana Top Up Tunggal

- Pemegang Polis Tertanggung Tambahan
 Tertanggung Utama Selain diatas (Wajib mengisi Kuesioner Beneficial Owner)

Sumber Dana Top Up Tunggal

- Penghasilan Bonus/Insentif/Komisi
 Hasil Investasi Penghasilan Suami/Istri/Orang Tua (Coret yang tidak perlu)
 Warisan/Hadiah Lainnya (mohon dijelaskan):

Tujuan Top Up Tunggal

- Tabungan Dana Pensiun
 Investasi Lainnya (mohon dijelaskan):
 Dana Pendidikan

Pendapatan per Tahun

- < Rp 24,000,000 Rp 120,000,000 – Rp 250,000,000
 Rp 24,000,000 – Rp 60,000,000 Rp 250,000,000 – Rp 500,000,000
 Rp 60,000,000 – Rp 120,000,000 > Rp 500,000,000

Bidang _____ Usaha/Pekerjaan: _____

Jenis Dana Investasi	Jumlah Dana Top Up Tunggal	% Komposisi Dana

Pernyataan Pemegang Polis

Dengan ini Saya menyatakan dan menyetujui:

1. Saya menyadari dan menerima bahwa dengan disetujuinya pengajuan Penambahan Top Up Tunggal/Perubahan Top Up Berkala ini akan menyebabkan terjadinya perubahan komposisi dana secara keseluruhan.
2. Saya menyadari dan menyetujui bahwa Perusahaan tidak bertanggung jawab atas kerugian yang mungkin timbul sehubungan dengan Penambahan Top Up Tunggal/Perubahan Top Up Berkala ini serta Saya bersedia menanggung segala risiko yang timbul karenanya
3. Dengan ini Saya menyatakan bahwa semua pernyataan dan jawaban di atas adalah lengkap dan benar sesuai dengan keadaan terakhir Saya yang sebenarnya. Saya mengerti bahwa permohonan ini tidak akan berlaku sebelum diterima dan diproses sesuai dengan ketentuan yang berlaku pada Perusahaan.
4. Saya/Kami mengerti dan telah mendapat penjelasan bahwa khusus untuk produk unit link, segala risiko pemilihan jenis dana investasi sepenuhnya menjadi tanggung jawab Saya/Kami

5. Saya menyatakan bahwa Saya memahami dan bersedia mematuhi ketentuan yang mengatur tentang pencucian uang dan Saya bertanggungjawab terhadap segala risiko yang ditimbulkan.
6. Penambahan Top-Up Tunggal yang telah diproses oleh Perusahaan tidak dapat dibatalkan oleh Pemegang Polis dan Perusahaan berhak menolak pembatalan dimaksud.

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 _____

Nama Jelas dan Tanda Tangan Tenaga Pemasar

Tanda Tangan dan Nama Jelas Pemegang Polis

No. Agen/Seller/FA:

UNTUK DIKETAHUI

1. Biaya Premi Penambahan Top Up Tunggal mengikuti ketentuan pada masing-masing produk.
2. Apabila pengajuan diterima oleh Customer Service pada hari kerja sampai dengan pukul 15.30 wib, maka pengajuan tersebut akan diregister pada hari yang sama, sedangkan jika pengajuan diterima setelah pukul 15.30 maka pengajuan tersebut akan diregister pada hari kerja berikutnya.
3. Untuk setiap Pengajuan Top Up yang menambah Uang Pertanggungan (Nilai Risiko), Pemegang Polis diwajibkan mengisi Formulir Pernyataan Kesehatan terlampir dan akan dilakukan seleksi risiko kembali.
4. Harga unit yang digunakan pada top up premi tunggal akan terbentuk setelah diterimanya formulir top up tunggal dan dokumen pendukung serta teridentifikasinya seluruh pembayaran Top Up Tunggal di Kantor pusat PT Great Eastern Life Indonesia. Tanggal perhitungan harga unit adalah hari bursa berikutnya setelah formulir Top Up dan dokumen pendukung serta teridentifikasinya seluruh pembayaran Top Up tunggal di Kantor pusat PT Great Eastern Life Indonesia, mana yang paling akhir.

FORMULIR PERNYATAAN KESEHATAN

* Khusus untuk Pengajuan Top Up yang menambah Uang Pertanggungan (Nilai Risiko)

No.Polis

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

No.KTP/SIM/Paspor : _____

Nama Pemegang Polis : _____

Nama Tertanggung : _____

- | | Ya | Tidak |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Apakah Anda pernah atau sedang atau disarankan untuk menjalani pembedahan/operasi, perawatan, pemeriksaan kesehatan atau pemeriksaan laboratorium/diagnostik, kecuali untuk screening kesehatan rutin atau yang berkaitan dengan permintaan pekerjaan? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Apakah Anda pernah atau sedang menderita penyakit/gangguan pada sistem syaraf, otak, ayun (epilepsi), mata, telinga, sistem jantung dan pembuluh darah (seperti kejang jantung, serangan jantung dan darah tinggi) kelainan darah (Anemia, Leukimia, Hemophilia), sistem pernapasan dan paru-paru, sistem pencernaan, hepatitis, ginjal dan sistem kandung kemih, prostat, organ reproduksi, AIDS/terinfeksi HIV, atau penyakit kelamin lainnya, limpa, diabetes (sakit gula), kolesterol tinggi, sistem pergerakan (seperti tulang sendi dan rematik) kelumpuhan, mental/jiwa, kanker/tumor atau penyakit lainnya yang tidak disebutkan di atas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Apakah Anda saat ini atau pernah atau berencana bekerja atau melakukan kegiatan/olahraga/kegemaran yang berisiko tinggi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Apakah Anda pernah ditolak, ditunda atau diterima dengan syarat dalam pengajuan Asuransi Jiwa/Kecelakaan/Kesehatan, kepada Perusahaan Asuransi ini atau asuransi lain? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Apakah ada diantara anggota keluarga dekat Anda yang sedang/pernah menderita penyakit/gangguan pada jantung, stroke, darah tinggi, gangguan mental, diabetes (sakit gula) atau kanker? Jika "Ya", sebutkan hubungan dengan anggota keluarga tersebut dan jenis penyakitnya. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Apakah Anda mempunyai atau pernah mempunyai kebiasaan mengonsumsi minuman beralkohol, merokok, obat penenang, narkotik atau zat adiktif lain? Jika "Ya" sebutkan jenis dan jumlah yang dikonsumsi setiap hari? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Khusus Wanita:
a. Apakah Anda saat ini sedang dalam keadaan hamil? Jika "Ya", sebutkan usia kandungan.....bulan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Apakah Anda pernah mengalami komplikasi saat melahirkan, menderita penyakit pada payudara atau organ kewanitaan lainnya? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Berilah penjelasan pada kolom dibawah ini untuk semua pertanyaan yang dijawab "Ya".

Pernyataan

- Saya telah membaca dan mengerti seluruh ketentuan dan pernyataan yang tersebut di atas dan semua keterangan, jawaban dan pernyataan yang diberikan dalam formulir ini dan yang diberikan dalam pemeriksaan kesehatan, formulir pertanyaan tambahan yang diperlukan atau perubahannya, Saya berikan dengan lengkap dan benar dan tidak ada hal material yang disembunyikan.
- Saya memahami dan setuju bahwa pembayaran premi yang telah diterima oleh Perusahaan sebelum pengajuan ini disetujui, tidak mengikat Perusahaan untuk menyetujui pengajuan saya dan Penambahan Top Up Tunggal tidak akan berlaku sebelum pengajuan ini diterima dan disetujui oleh Perusahaan dan premi Penambahan Top Up Tunggal telah dibayar penuh.
- Saya menyetujui untuk menyampaikan informasi perubahan kondisi kesehatan saya kepada Perusahaan yang terjadi di antara tanggal pengajuan formulir ini dan tanggal mulai asuransi atas Penambahan Top Up Tunggal yang diajukan dan Perusahaan berhak memutuskan atau membatalkan pertanggungan berdasarkan informasi saya tersebut.

JANGAN MENANDATANGANI FORMULIR INI DALAM KEADAAN KOSONG

Ditandatangani ditanggal

Nama jelas & Tanda tangan Tertanggung

Nama jelas & Tanda tangan Pemegang Polis