

Alamat : _____

Kota: _____ Kode Pos: _____

Telepon Rumah: _____ Telepon Kantor: _____

Handphone (*Wajib diisi*): _____ **E-mail Wajib diisi:** _____

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 : ☐ Suami ☐ Isteri ☐ Orang Tua ☐ Anak
Polis Lama ☐ Diri Sendiri ☐ Lainnya, sebutkan: _____

Alasan Penggantian : _____
Pemegang Polis

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

Kota: _____ Kode Pos: _____

Telepon Rumah: _____ Telepon Kantor: _____

Handphone: _____ **E-mail Wajib diisi:** _____

menjadi _____

Kota: _____ Kode Pos: _____

Telepon Rumah: _____ Telepon Kantor: _____

Handphone: _____ **E-mail Wajib diisi:** _____

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 : _____

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

1. Setiap perubahan wajib melampirkan salinan identitas diri berupa KTP atau (KITAS dan *Passport**).
2. PT Great Eastern Life Indonesia ("Perusahaan") memiliki hak untuk meminta dokumen lainnya jika dianggap perlu.
3. Semua perubahan harus diajukan oleh Pemegang Polis dan disetujui oleh Tertanggung.
4. Untuk perubahan alokasi Premi, kenaikan Uang Pertanggungan dan Penambahan Rider/Asuransi Tambahan, wajib melampirkan ilustrasi.
5. 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).
6. 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.
7. Memberikan kuasa kepada Perusahaan atau afiliasinya atau pihak lain yang ditunjuk dan diberi kuasa Perusahaan untuk melakukan pemrosesan data pribadi, mengumpulkan, menyimpan, memperbaharui, menghapus, mengolah, menggunakan dan/atau memberikan data pribadi, informasi atau keterangan mengenai Saya/Kami yang tersedia, diperoleh atau disimpan oleh Perusahaan (sesuai yang tercantum pada formulir ini atau sarana lain), kepada pihak-pihak lain (termasuk namun tidak terbatas pada perusahaan reasuransi, asuransi, lembaga, bank, atau badan hukum lainnya baik di dalam maupun di luar negeri) yang memiliki hubungan/kerja sama dengan Perusahaan untuk tujuan pemrosesan pengajuan SPAJ, pelaksanaan ketentuan Polis, survey kepuasan nasabah, maupun untuk tujuan lainnya sesuai dengan kebutuhan Perusahaan sepanjang tidak bertentangan dengan hukum dan peraturan perundang-undangan. Karenanya dengan ditandatanganinya dokumen ini oleh Pemegang Polis maka menjadi bukti tertulis pemberian persetujuan/kuasa/izin dari Pemegang Polis kepada Perusahaan.

* KITAS dan *Passport* khusus untuk Warga Negara Asing

8. Saya/Kami memahami bahwa Saya/Kami memiliki kewajiban untuk bertindak dengan iktikad terbaik (*utmost good faith*) dalam setiap pengajuan Perubahan Polis Oleh karena itu, Saya/Kami memahami bahwa Saya/Kami wajib mengungkapkan secara benar dan lengkap semua fakta material, yaitu data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan fakta ("**Informasi Konsumen**") yang dapat mempengaruhi pertimbangan Perusahaan dalam menerima atau menolak pengajuan tersebut dan/atau menetapkan jumlah premi.
9. Saya/Kami menyatakan dan menjamin bahwa semua Informasi Konsumen yang Saya/Kami berikan dalam formulir Perubahan Polis ini, serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang disyaratkan oleh Perusahaan ("**Dokumen Permohonan**") sebagai bagian dari pengajuan Perubahan Polis adalah lengkap, benar, akurat, terkini, sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan konsisten antara satu dengan lainnya, dan tidak ada Informasi Konsumen yang Saya/Kami sembunyikan, baik dengan sengaja maupun tidak sengaja. Apabila suatu Informasi Konsumen tersebut ternyata tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini, tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya, atau terdapat suatu Informasi Konsumen yang Saya/Kami sembunyikan, dengan menandatangani formulir Perubahan Polis ini, Saya/Kami SEPAKAT DAN MENYETUJUJI jika Perusahaan Asuransi melakukan hal-hal berikut ini:
- Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
 - Membatalkan Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada Asuransi Dasar/Asuransi Tambahan) dengan pengembalian Premi (atau Biaya Asuransi dari Asuransi Dasar/Asuransi Tambahan) yang telah dibayarkan setelah dikurangi dengan biaya internal pemeriksaan kesehatan, Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan dan biaya-biaya yang timbul pada saat penerbitan Polis (jika ada);
 - Mengakhiri Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada Asuransi Dasar/Asuransi Tambahan), tanpa kewajiban untuk mengembalikan Premi dan/atau Biaya Asuransi, apabila terdapat unsur penipuan, pemalsuan, atau kesalahan yang disengaja dalam pemberian setiap Informasi Konsumen yang tercantum dalam Dokumen Permohonan, atau apabila terdapat penyembunyian suatu informasi Konsumen yang sebenarnya dalam Dokumen Permohonan. Atas pengakhiran tersebut, Saya/Kami juga menyetujui bahwa Perusahaan Asuransi hanya akan membayarkan Nilai Tunai (khusus untuk Produk Asuransi Yang Dikaitkan Dengan Investasi), jika ada.
 - Melakukan penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), dan menambahkan syarat dan ketentuan tambahan dalam Polis (baik Asuransi Dasar/Asuransi Tambahan), termasuk menambahkan risiko yang dikecualikan, menyesuaikan uang pertanggungan, dan/atau menyesuaikan jumlah Premi atau Biaya Asuransi yang harus dibayar; dan/atau
 - Menagih kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi dalam hal dari penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), jumlah Premi dan/atau Biaya Asuransi yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. Perusahaan juga berhak untuk melakukan perjumpaan (*set-off*) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan Nilai Investasi atau Nilai Tunai, jika ada, dalam Polis Saya/Kami dan/atau Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan; Atas hal tersebut, Saya/Kami wajib membayarkan (jika ada) kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi.
10. Sehubungan dengan klausul pembatalan atau pengakhiran Polis sebagaimana disebutkan di atas, Saya/Kami dengan ini menegaskan bahwa:
- Penandatanganan formulir Perubahan Polis ini oleh Saya/Kami merupakan bentuk persetujuan atas pembatalan atau pengakhiran Polis oleh Perusahaan jika terjadi hal-hal yang dimaksud dalam butir 9; dan
 - Saya/Kami setuju untuk mengesampingkan ketentuan Pasal 1266 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata dan/atau ketentuan peraturan perundang-undangan lainnya yang mensyaratkan pengakhiran atau pembatalan Polis harus dilakukan berdasarkan putusan pengadilan.

Khusus untuk ketentuan kuasa sebagaimana dimaksud butir 7 di atas, maka Pemegang Polis dapat melakukan pencabutan persetujuan/kuasa tersebut dengan pemberitahuan terlebih dahulu kepada Perusahaan selambat-lambatnya 14 hari kerja sebelum pencabutan persetujuan/kuasa berlaku efektif.

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.
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