

**PENTING :**

- Harap diisi dengan huruf cetak, lengkap dan jelas
- Setiap koreksi penulisan/pengisian wajib ditandatangani oleh calon Pemegang Polis
- Memberi tanda ✓ pada kontak jawaban yang sesuai

Formulir ini harus diisi dengan benar dan lengkap, karena formulir ini merupakan bagian yang tidak terpisahkan dan menjadi dasar perjanjian pertanggung jawaban yang dinyatakan dalam Polis antara PT PACIFIC LIFE INSURANCE (selanjutnya disebut sebagai Penanggung) dengan Pemegang Polis

## I. YANG BERTANDA TANGAN DI BAWAH INI

1. Nomor Polis :

2. Nama Pemegang Polis :

3. Nama Tertanggung :

## II. MENGAJUKAN PERMOHONAN SEBAGAI BERIKUT (beri tanda centang "✓" pada data yang akan diperbaharui)

### II-A. Perubahan Non Financial

#### 1. Perubahan Data Pemegang Polis/Data Tertanggung/Termaslahat (coret data yang tidak diperlukan)

Jenis Data	Pemegang Polis	Tertanggung	Termaslahat
Nama Baru			
Tempat/Tanggal Lahir			
Jenis Kelamin	Pria/Wanita	Pria/Wanita	Pria/Wanita
Pekerjaan			

**Catatan :**

1. Perubahan Nama dan tanggal lahir harus dibuktikan dengan Akte Kelahiran dan/atau Surat Ganti Nama
2. Jika Pekerjaan berubah mohon dijelaskan pada halaman 2, Romawi III kolom lain - lain (nama Perusahaan, bidang usaha, jabatan, dan uraian pekerjaan)

#### 2. Perubahan alamat pemegang Polis/Termaslahat

Alamat Tempat Tinggal saat ini :

Kelurahan :  Kota :

Kecamatan :  Provinsi :

Kode Pos :  No. Hp :

Alamat Kantor :

Kelurahan :  Kota :

Kecamatan :  Provinsi :

Kode Pos :  No. Hp :

Perubahan Alamat Korespondensi :  Alamat Tinggal saat ini  Kantor

#### 3. Perubahan Termaslahat

(\*) Keterangan P = Pria W = Wanita (\*\*) Jika tidak dinyatakan besarnya persentase termaslahat, maka diartikan dibagi secara prorata (merata)  
 (\*\*\*) Keterangan hubungan dengan tertanggung 1 = Suami / Istri 2 = Anak 3 = Orang Tua 4 = Saudara Kandung 5 = Kerja 6 = Lainnya

No				
1				
2				
3				
4				

Lampirkan Kartu Keluarga atau akte nikah atau akte lahir sebagai bukti pendukung

4. Perubahan Pemegang Polis

Ketentuan Perubahan Pemegang Polis :

- Perubahan Pemegang Polis hanya boleh dilakukan saat pemegang polis masih hidup dan memberikan persetujuan serta polis tidak bermasalah
- Jika Pemegang Polis meninggal dunia, Pemegang polis beralih kepada ahli waris (Tertanggung atau Ahli Waris yang ditunjuk)
- Perubahan Pemegang Polis wajib melampirkan fotocopy hubungan dengan Pemegang Polis Lama & Isi Form Fatca/CRS

1. Nama Lengkap (sesuai ID) :

2. Tempat dan Tanggal Lahir :

3. Jenis Kelamin :  Pria  Wanita

4. Agama :  Islam  Kristen  Khatolik  Hindu  Budha  Lainnya : \_\_\_\_\_

5. Jenis Identitas :  KTP  Passport & KIMS/KITAS  Akte Lahir

6. Status Perkawinan :  Kawin  Belum Kawin  Janda/Duda

7. No. identitas :

8. NPWP :

9. Kewarganegaraan :  WNI  WNA

10. Nama Instansi/Perusahaan :

11. Jabatan :

12. Bidang Usaha :

13. Uraian Pekerjaan :

14. Alamat Kantor :

Kota :  Kode Pos :

15. Tlp. Kantor :

16. Alamat Tempat Tinggal Saat ini :

Kelurahan :

Kecamatan :

Kota :  Kode Pos :

17. Tlp. Rumah :

18. Handphone :

19. Alamat Email :

20. Penghasil Bersih per Tahun :  < Rp. 10 juta  ≥ Rp. 10 juta - < Rp. 50 juta  ≥ Rp. 50 juta - < Rp. 100 juta  
 ≥ Rp. 100 juta - < Rp. 300 juta  ≥ Rp. 300 juta - < Rp. 500 juta  ≥ Rp. 500 juta - < Rp. 1 M  ≥ Rp. 1 M - < Rp. 2 M  
 ≥ Rp. 2 M

21. Hubungan dengan Pemegang Polis :  Suami / Istri  Orang Tua / Anak  Lainnya : \_\_\_\_\_

5. Perubahan Nomor Rekening

Nomor Rekening Sebelumnya :

Nama Bank :

Nama Cabang :

Pemilik Rekening :

Nomor Rekening :

Berubah Menjadi :

Nama Bank :

Nama Cabang :

Pemilik Rekening :

Nomor Rekening :

- Perubahan Nomor Rekening harus melampirkan copy buku rekening
- Seluruh biaya transfer yang berkenaan dengan pembayaran Maslahat Asuransi menjadi tanggung jawab sepenuhnya Penerima Maslahat Asuransi (apabila ada)

II-B. Perubahan Financial

1. Perubahan Uang Pertanggungan (UP)

- Kenaikan Uang Pertanggungan  Penurunan Uang Pertanggungan

Perubahan Uang Pertanggungan (UP) berkaitan dengan komposisi Premi sekaligus dan Top Up sekaligus, Mohon isi komposisi tersebut dibawah ini :

Premi	Jumlah	Jumlah Top Up
Premi sekaligus		
Premi Top Up sekaligus		
Total Premi		

2. Penambahan Premi Top Up Sekaligus

Premi Top Up Sekaligus :  Rp.

1. Pembayaran Premi :  Tertanggung  Pemegang Polis  Beneficial Owner \*) \*hubungan dengan calon Tertanggung : \_\_\_\_\_

2. Sumber Penghasilan :  Gaji  Hasil Usaha  Tabungan  Warisan  Lainnya, Jelaskan

3. Dalam hal ini pembayar premi adalah perusahaan atau badan hukum

A. Aset (Rp)  ≤ Rp. 100 juta  > Rp. 100 juta - 1 M  > Rp. 1 M - 10 M  > Rp. 10 M - 100 M  > Rp. 100 M - 500 M

B. Pendapatan per Tahun (Rp)  ≤ Rp. 100 juta  > Rp. 100 juta - 500 juta  > Rp. 500 juta - 1 M  > Rp. 1 M - 10 M  > Rp. 10 M

III. Lain - lain (jelaskan)

IV. Pembatalan Polis

Mengajukan Pembatalan Polis dengan alasan sebagai berikut :

- Butuh Dana                       Ingin Ganti Produk Baru  
 Lainnya, Jelaskan \_\_\_\_\_

Pembayaran Penarikan Dana di transfer ke :

Nama Bank : \_\_\_\_\_ Cabang Bank / Kota : \_\_\_\_\_  
Nomor Rekening : \_\_\_\_\_  
Nama Pemilik Rekening : \_\_\_\_\_

Catatan : Rekening Tujuan harus sesuai dengan data pada data Polis, Jika penerima dana tidak tercantum pada data polis, maka wajib melampirkan Surat Kuasa yang ditandatangani oleh Pemegang Polis diatas materai

**PERNYATAAN**

- Memahami bahwa Saya memiliki kewajiban untuk bertindak dengan itikad terbaik ( *utmost good faith* ) dalam setiap Pengajuan Perubahan /Pembatalan Polis . Oleh karena itu, Saya memahami bahwa Saya wajib mengungkapkan secara benar dan lengkap semua fakta material, yaitu data informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan fakta ( "Informasi Konsumen" ) yang dapat mempengaruhi pertimbangan PT Pacific Life Insurance dalam menerima atau menolak pengajuan tersebut dan /atau menetapkan jumlah premi.
- Menyatakan dan menjamin bahwa semua Informasi Konsumen yang Saya berikan dalam Formulir Pengajuan Perubahan /Pembatalan Polis ini, serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang disyaratkan oleh PT Pacific Life Insurance ( "Dokumen Permohonan" ) sebagai bagian dari Pengajuan Perubahan /Pembatalan Polis adalah lengkap, benar, akurat, terkini, sesuai dengan kenyataan yang sebenarnya dan konsisten antara satu dengan lainnya, dan tidak ada informasi konsumen yang Saya sembunyikan, baik dengan sengaja maupun tidak sengaja. Apabila suatu Informasi Konsumen tersebut tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini, tidak sesuai dengan kenyataan yang sebenarnya dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya, atau terdapat suatu Informasi Konsumen yang Saya sembunyikan, dengan menandatangani Formulir Pengajuan Perubahan /Pembatalan Polis ini, Saya SEPAKAT DAN MENYETUJUI, jika PT Pacific Life Insurance 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/Polis Dasar/Pertanggung Jawaban Tambahan/Polis Tambahan) dengan pengembalian premi (atau Biaya Asuransi dari Asuransi/Polis Dasar/Pertanggung Jawaban Tambahan/Polis Tambahan) yang telah dibayarkan setelah dikurangi dengan biaya -biaya yang timbul pada saat penerbitan Polis (jika ada).
  - Mengakhiri Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada Asuransi/Polis Dasar/Pertanggung Jawaban Tambahan/Polis Tambahan), tanpa kewajiban untuk mengembalikan premi dan/atau Biaya Asuransi, apabila terdapat unsur penipuan, pemalsuan atau kesalahan yang disengaja dalam pemberian Informasi Konsumen yang tercantum dalam Dokumen Permohonan, atau apabila terdapat penyembunyian suatu Informasi Konsumen yang sebenarnya dalam Dokumen Permohonan. Atas pengakhiran tersebut, Saya juga menyetujui bahwa PT Pacific Life Insurance 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/Polis Dasar/Pertanggung Jawaban Tambahan/Polis Tambahan), termasuk menambahkan risiko yang dikecualikan, menyesuaikan uang pertanggung jawaban, dan/atau menyesuaikan jumlah Premi atau Biaya Asuransi yang harus dibayar; dan/atau
  - Menagih kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko ( *re-underwriting* ), jumlah Premi dan/atau Biaya Asuransi yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. PT Pacific Life Insurance juga berhak untuk melakukan perjumpaan ( *set -off* ) atas kekurangan pembayaran tersebut sesuai dengan Peraturan yang ada dalam Polis dan/atau Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan; Atas hal tersebut, Saya wajib membayarkan (jika ada) kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi.
- Sehubungan dengan klausul pembatalan atau pengakhiran Polis sebagaimana disebutkan di atas, Saya dengan ini menegaskan bahwa :
  - Penandatanganan Formulir Pengajuan Perubahan/Pembatalan Polis ini oleh Saya merupakan bentuk persetujuan atas pembatalan atau pengakhiran Polis oleh PT Pacific Life Insurance jika terjadi hal -hal yang dimaksud dalam butir [2]; dan
  - Saya 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.
- Dengan ini mengizinkan Penanggung untuk menggunakan atau memberikan informasi atau keterangan mengenai Saya yang tersedia, digunakan atau disimpan oleh Penanggung (sesuai yang tercantum dalam Surat Pengajuan Asuransi ini atau sarana lain), kepada pihak -pihak lain (termasuk tetapi tidak terbatas pada Perusahaan Reasuransi, Asuransi, Lembaga, Bank atau Badan Hukum lain baik di dalam maupun luar negeri) yang memiliki hubungan kerjasama dengan Penanggung dalam rangka pengajuan Surat Pengajuan Asuransi dan polis (atau sertifikat), untuk tujuan investigasi, riset, analisa pemasaran, pembayaran klaim, pelayanan nasabah, kebutuhan pemeriksaan yang dilakukan baik internal dan/atau eksternal Penanggung maupun penawaran produk kepada Saya termasuk tujuan lainnya sesuai peraturan perundang -undangan yang berlaku. Saya juga mengerti bahwa Saya berhak untuk melakukan koreksi atau penambahan atas informasi dan keterangan Saya tersebut dengan menghubungi kantor Penanggung
- Memberikan kuasa kepada setiap Tenaga Medis/Rumah Sakit/Klinik/Puskesmas dan/atau Laboratorium, Perusahaan asuransi, atau Perusahaan reasuransi, badan instansi/Lembaga atau pihak lain yang mempunyai catatan riwayat Kesehatan Saya/Kami. Kuasa ini merupakan hal yang tidak terpisahkan dari Surat Pengajuan Asuransi atau Formulir Aplikasi yang akan mengikat Saya/Kami, ahli waris dan keluarga Saya/Kami.
- Menyetujui Penanggung untuk melakukan perubahan alamat, email, no. telepon dan pekerjaan berdasarkan data yang tercantum dalam formulir ini.

\*Saya = Setiap pihak yang menandatangani SPAJ dan formulir lainnya (termasuk Pemegang Polis, Tertanggung dan pihak lainnya)

Ditandatangani di : \_\_\_\_\_

Tgl / bln / tahun  /  /

Tanda tangan Pemegang Polis  
Nama Lengkap Pemegang Polis

Tanda tangan Tertanggung  
Nama Lengkap Tertanggung

Tanda tangan Beneficial Owner  
Nama Lengkap Beneficial Owner

Tanda tangan Petugas Pemasar  
Nama Lengkap Petugas Pemasar