

FORMULIR PERMOHONAN PERUBAHAN POLIS FINANCIAL (MAJOR ALTERATION)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, mengajukan perubahan terhadap Polis saya, sebagai berikut:

(berikan tanda pada jenis Perubahan yang dikehendaki)

DATA POLIS	
Nomor Polis	:
Nama Pemegang Polis	:
Nama Tertanggung	:
Nomor Ponsel dengan WhatsApp	:
Nomor Ponsel	:
Email	:

PERUBAHAN TANGGAL LAHIR ATAU JENIS KELAMIN

Perubahan Terhadap Data	Jenis Kelamin	Tanggal Lahir Baru (tanggal/bulan/tahun)	Jenis Kartu Identitas	Nomor Identitas
Pemegang Polis	<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita/...../.....	<input type="checkbox"/> e-KTP <input type="checkbox"/> PASSPORT (WNA)	
Tertanggung	<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita/...../.....	<input type="checkbox"/> e-KTP <input type="checkbox"/> PASSPORT (WNA)	

PERUBAHAN JUMLAH PREMI, MASA PEMBAYARAN PREMI, ATAU CARA PEMBAYARAN PREMI

Komponen Premi	Jumlah	Masa Pembayaran Premi/MPP (hanya diisi jika ada perubahan)	Cara Pembayaran Premi (hanya diisi jika ada perubahan)
Premi Dasar	<input type="checkbox"/> Rupiah <input type="checkbox"/> USD Bulan/Tahun	<input type="checkbox"/> Bulanan <input type="checkbox"/> Tahunan
Top – Up Terjadwal (STU)	<input type="checkbox"/> Rupiah <input type="checkbox"/> USD Bulan/Tahun	<input type="checkbox"/> Triwulanan <input type="checkbox"/> Sekaligus
Top – Up Tidak Terjadwal (UTU Billing)	<input type="checkbox"/> Rupiah <input type="checkbox"/> USD	-	<input type="checkbox"/> Semesteran
Total Premi	<input type="checkbox"/> Rupiah <input type="checkbox"/> USD	-	

PERUBAHAN MANFAAT ASURANSI DASAR

Jenis Perubahan	Jumlah
Perubahan Uang Pertanggungan Asuransi Dasar	<input type="checkbox"/> Rupiah <input type="checkbox"/> USD

PERUBAHAN MANFAAT ASURANSI TAMBAHAN

Nama Asuransi Tambahan	Nama Tertanggung	Jenis Perubahan		Jumlah Uang Pertanggungan
<input type="checkbox"/> HCP Financial Cash Back (HCP3F1) <input type="checkbox"/> Surgical Hospital Care <input type="checkbox"/> Golden Care Rider (GC) <input type="checkbox"/> Health Cash Rider, Plan <input type="checkbox"/> Sequis Q Health Gold Rider, Plan <input type="checkbox"/> Sequis Q Health Gold Plus Rider, Plan <input type="checkbox"/> Sequis Q Health Global Plus Rider <input type="checkbox"/> Sequis Health Platinum Plus Rider, Plan <input type="checkbox"/> Sequis Q Health Platinum Rider, Plan <input type="checkbox"/> Sequis Q Infinite MedCare Rider, Plan..... <input type="checkbox"/> Sequis Q Infinite MedCare Rider (Plus Limit Booster), Plan <input type="checkbox"/> Sequis Q Infinite MedCare Rider (Plus Limit X Booster), Plan..... <input type="checkbox"/> Sequis Q Infinite MedCare Shield Rider, Plan <input type="checkbox"/> Sequis Q Infinite MedCare Series, Plan		<input type="checkbox"/> Naik <input type="checkbox"/> Turun	<input type="checkbox"/> Tambah <input type="checkbox"/> Hapus	
<input type="checkbox"/> Accident Death & Disablement Rider – Long (ADDRL) <input type="checkbox"/> Accident Death & Disablement Rider – Short (ADDRS) <input type="checkbox"/> Accident Death & Disablement Rider (ADDR) <input type="checkbox"/> Accident Rider Long (ARL) <input type="checkbox"/> Accident Rider Short (ARS) <input type="checkbox"/> Accident Rider (AR)		<input type="checkbox"/> Naik <input type="checkbox"/> Turun	<input type="checkbox"/> Tambah <input type="checkbox"/> Hapus	
<input type="checkbox"/> Critical Illness Rider (CIR) <input type="checkbox"/> Early Payout Critical Illness Plus Rider (EPCIP) <input type="checkbox"/> Male Cancer Rider		<input type="checkbox"/> Naik <input type="checkbox"/> Turun	<input type="checkbox"/> Tambah <input type="checkbox"/> Hapus	

PERUBAHAN MANFAAT ASURANSI TAMBAHAN				
Nama Asuransi Tambahan	Nama Tertanggung	Jenis Perubahan		Jumlah Uang Pertanggungan
<input type="checkbox"/> Children Protector (SOFICHPR) <input type="checkbox"/> Comprehensive Protector <input type="checkbox"/> SOFICOPRA <input type="checkbox"/> SOFICOPRB		<input type="checkbox"/> Naik <input type="checkbox"/> Turun	<input type="checkbox"/> Tambah <input type="checkbox"/> Hapus	
<input type="checkbox"/> Family Benefit Rider (FBR) <input type="checkbox"/> Family Income Dread Disease Rider Insured (FIDDI) <input type="checkbox"/> Family Income Dread Disease Rider Payor (FIDDP) <input type="checkbox"/> Family Income Rider Payor (FIRP) <input type="checkbox"/> Family Income Rider Insured (FIRI)		<input type="checkbox"/> Naik <input type="checkbox"/> Turun	<input type="checkbox"/> Tambah <input type="checkbox"/> Hapus	
<input type="checkbox"/> Payor Benefit Rider (PBR) <input type="checkbox"/> Payor Benefit Rider "2nd Payor" <input type="checkbox"/> Payor Benefit Dread Disease Rider" <input type="checkbox"/> Payor Benefit Dread Disease Rider "2nd Payor" <input type="checkbox"/> Spouse Benefit Rider		<input type="checkbox"/> Naik <input type="checkbox"/> Turun	<input type="checkbox"/> Tambah <input type="checkbox"/> Hapus	
<input type="checkbox"/> Lady Protection Rider <input type="checkbox"/> Maternity Rider		<input type="checkbox"/> Naik <input type="checkbox"/> Turun	<input type="checkbox"/> Tambah <input type="checkbox"/> Hapus	
<input type="checkbox"/> Waiver of Premium due to Disability Rider (WPD) <input type="checkbox"/> Waiver of Premium due to Disability or Dread Disease Rider (WPDD)		<input type="checkbox"/> Naik <input type="checkbox"/> Turun	<input type="checkbox"/> Tambah <input type="checkbox"/> Hapus	
<input type="checkbox"/> YRT Additional Dread Disease Rider (YADD) <input type="checkbox"/> YRT Prepayment Dread Disease Rider (YPDD) <input type="checkbox"/> Level Term Rider (LTR)		<input type="checkbox"/> Naik <input type="checkbox"/> Turun	<input type="checkbox"/> Tambah <input type="checkbox"/> Hapus	
<input type="checkbox"/> VIP Plus - Life Care Gold <input type="checkbox"/> VIP Plus - Life Care Silver <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 100		<input type="checkbox"/> Naik <input type="checkbox"/> Turun	<input type="checkbox"/> Tambah <input type="checkbox"/> Hapus	
<input type="checkbox"/> Travel and Emergency Assistance Rider		<input type="checkbox"/> Naik <input type="checkbox"/> Turun	<input type="checkbox"/> Tambah <input type="checkbox"/> Hapus	
<input type="checkbox"/> Lifestyle Unitlink Guaranteed Cash Endowment Rider				
<input type="checkbox"/> Lainnya				

PERUBAHAN LAIN

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Catatan:**
- Mohon melengkapi Kuesioner Riwayat Kesehatan Tertanggung dan Pemegang Polis di halaman berikutnya jika perubahan manfaat yang diajukan berupa:
 - Kenaikan Uang Pertanggungan
 - Upgrade/Naik Plan Manfaat Asuransi Tambahan
 - Penambahan Manfaat Asuransi Tambahan

KUISIONER RIWAYAT KESEHATAN TERTANGGUNG DAN PEMEGANG POLIS

RIWAYAT KESEHATAN	TERTANGGUNG	PEMEGANG POLIS	PAYOR / PEMBAYAR PREMI
<p>Berikan tanda <input checked="" type="checkbox"/> pada kotak yang tersedia. Bila jawaban "Ya" harap berikan keterangan lengkap pada "Penjelasan Jawaban" dibawah ini dengan mencantumkan nomor pertanyaan didepannya (Khusus untuk pertanyaan nomor 2 sampai dengan nomor 12).</p>	<p>Diisi Untuk Manfaat Asuransi Jiwa dan/atau Kesehatan</p>	<p>Diisi Untuk Manfaat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Payor Benefit Rider • Payor Benefit Disability & Dread Disease Rider • Family Income Rider Payor • Family Income Disability & Dread Disease Rider - Payor 	<p>Diisi Untuk Manfaat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Payor Benefit Rider2 • Payor Benefit Disability & Dread Disease Rider2 • Family Income Rider Payor • Family Income Disability & Dread Disease Rider – Payor2
<p>1. Apakah Tertanggung dan atau Pemegang Polis melakukan perubahan pekerjaan selama Polis Asuransi Jiwa berjalan? Jika "YA", mohon mengisi Formulir Perubahan/Penambahan Data terkait pekerjaan secara lengkap dan jelas.</p>	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK
<p>2. Apakah Tertanggung dan atau Pemegang Polis sekarang dalam keadaan sehat?</p>	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK
<p>3. Apakah Tertanggung dan atau Pemegang Polis mempunyai cacat badan termasuk namun tidak terbatas pada kehilangan atau kelebihan anggota gerak seperti kaki, tangan atau jari, gangguan lainnya yang menyebabkan perubahan bentuk badan? Jika "YA", sebutkan (1) Anggota tubuh yang cacat (2) Penyebabnya.</p>	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK
<p>4. Apakah Calon Tertanggung dan atau Calon Pemegang Polis mempunyai hobi dan atau ikut dalam kegiatan berisiko tinggi di bawah ini? Beladiri, Mendaki Gunung, Balapan, Olahraga Air, Menelusuri Goa, Bungee Jumping, Olahraga Dirgantara dan hobi/kegiatan berisiko tinggi lainnya. Bila Ya, Silakan mengisi dan melampirkan kuesioner hobi/kegiatan berisiko tersebut.</p>	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK
<p>5. Pernahkan Tertanggung dan atau Pemegang Polis dan atau suami/istri Tertanggung dan atau Pemegang Polis:</p> <p>a. Bermaksud untuk konsultasi atau melakukan pengobatan yang berhubungan dengan penyakit menular seksual, penyakit kelamin, AIDS (HIV), kompleks gejala yang berhubungan dengan AIDS (AIDS related complex), gangguan kekebalan tubuh, penurunan hasil pemeriksaan fungsi kekebalan tubuh seperti sel darah putih atau CD4 atau CD8?</p> <p>b. Diberitahu atau mendapatkan hasil yang positif untuk pemeriksaan darah atau antibodi virus AIDS (HIV)?</p>	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK
<p>6. a. Tinggi dan berat badan Tertanggung dan/atau Pemegang Polis?</p> <p>_____ Cm _____ Kg</p>	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK
<p>b. Pertanyaan khusus Tertanggung anak-anak dengan usia sebenarnya kurang dari 2 (dua) tahun. Apakah Berat Badan waktu lahir kurang dari atau sama dengan 2.5kg?</p>	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK
<p>c. Dalam 12 bulan terakhir ini pernahkah Tertanggung dan atau Pemegang Polis mengalami perubahan berat badan 5 kg atau lebih? Jika "YA", Jelaskan Penyebabnya.</p>	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK
<p>7. Apakah Tertanggung dan atau Pemegang Polis mempunyai kebiasaan:</p> <p>a. Merokok dalam 12 bulan terakhir? Jika "YA", jelaskan banyaknya batang per hari/rokok elektrik/vape.</p>	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK _____ batang/hari	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK _____ batang/hari	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK _____ batang/hari

RIWAYAT KESEHATAN	TERTANGGUNG	PEMEGANG POLIS	PAYOR / PEMBAYAR PREMI
<p>b. Minum minuman beralkohol? Jika "YA", sebutkan (1) jenisnya. (2) Banyaknya kaleng 330 ml /botol ukuran 500 ml per minggu.</p> <p>c. Menggunakan obat penenang, narkotika dan atau zat adiktif lainnya? Jika "YA", sebutkan (1) Jenisnya;(2) Banyaknya.</p>	<p><input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK</p> <p><input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK</p>	<p><input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK</p> <p><input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK</p>	<p><input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK</p> <p><input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK</p>
<p>Calon Tertanggung tidak perlu memberitahukan kondisi berikut untuk pertanyaan kesehatan nomor 8 apabila calon Tertanggung telah sembuh total tanpa timbul komplikasi:</p> <p>a. Radang Usus Buntu, yang sudah diobati dan sembuh total melalui operasi pengangkatan usus buntu.</p> <p>b. Bunion (penonjolan tulang pada ibu jari kaki) atau Bony Spur (tulang menonjol) atau kuku kaki yang tumbuh ke dalam (ingrown toenail), yang sudah dioperasi dan sembuh total.</p> <p>c. Pilek, Flu atau infeksi saluran pernafasan atas tunggal, yang sudah diobati dan sembuh total tanpa dilakukan rawat inap.</p> <p>d. Batuk pilek dengan durasi kurang dari 7 hari yang telah sembuh total tanpa timbul komplikasi /berulang/kronis dan tidak dilakukan rawat inap.</p> <p>e. Bedah kosmetik (selain operasi sedot lemak, operasi pembesaran payudara atau operasi perbaikan/perubahan bentuk hidung), operasi kelopak mata, facelift.</p> <p>f. Perawatan Gigi rutin seperti melakukan pembersihan karang gigi, pemutihan gigi, penambalan gigi berlubang, pemasangan crown atau implant.</p> <p>g. Radang Amandel/tonsilitis, yang sudah sembuh total melalui operasi angkat amandel/tonsil.</p> <p>h. Pemeriksaan ginekologis rutin tanpa adanya temuan abnormal.</p> <p>i. Vaksinasi rutin.</p> <p>j. Infeksi saluran kemih dalam periode 6 bulan yang sembuh tanpa timbul komplikasi dan tidak dilakukan rawat inap.</p> <p>k. Diare, gastroenteritis akut dalam periode 6 bulan yang sembuh tanpa timbul komplikasi dan tidak dilakukan rawat inap.</p> <p>l. Mual, Muntah dan/atau Diare dengan durasi kurang dari 5 hari dan kurang dari 3 kali dalam periode 1 tahun yang telah sembuh total tanpa timbul komplikasi dan tidak dilakukan rawat inap.</p> <p>m. Penyakit Demam Tifoid, Demam Dengue, Demam Berdarah Dengue atau penyakit tropis (selain Tuberkulosis dan kaki gajah) yang telah sembuh total tanpa timbul komplikasi dan tidak dilakukan rawat inap.</p> <p>n. Penyakit Cacar atau Campak yang telah sembuh total tanpa timbul komplikasi dan tidak dilakukan rawat inap.</p> <p>o. Keluhan kulit, selain Psoriasis atau eksema atau penyakit/reaksi autoimun lainnya yang tidak dilakukan pemeriksaan ke dokter atau rawat inap.</p> <p>p. Keseleo pada pergelangan tangan atau pergelangan kaki atau cedera lainnya yang tidak dilakukan pemeriksaan ke dokter, pemeriksaan radiologis, rawat inap atau tindakan operasi.</p> <p>q. Kehamilan sebelumnya atau operasi caesar (tanpa indikasi medis).</p> <p>r. Vasektomi atau sterilisasi pada lelaki.</p> <p>s. Covid 19 yang tidak dilakukan rawat inap dan tanpa gejala long covid.</p>			

RIWAYAT KESEHATAN	TERTANGGUNG	PEMEGANG POLIS	PAYOR / PEMBAYAR PREMI
8. Apakah Calon Tertanggung dan atau Calon Pemegang Polis pernah mengalami gejala, diperiksa, didiagnosis, mendapatkan pengobatan, disarankan atau menjalani rawat inap atau rawat jalan, menjalani operasi, disarankan untuk mendapatkan nasehat medis, telah mendapat nasehat medis, atau dirujuk ke dokter karena kelainan berikut termasuk namun tidak terbatas pada kondisi medis di bawah ini: Jika "YA", sebutkan dan jelaskan: (1) Kapan (2) Nama penyakit (3) Lama sakit (4) Nama dan alamat dokter / rumah sakit disertai no. telepon (5) Hasil pengobatan			
	TERTANGGUNG	PEMEGANG POLIS	PAYOR / PEMBAYAR PREMI
a. Menerima transfusi darah dan atau ditolak sebagai donor darah? Jika "YA", Jelaskan Alasannya.	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK
b. tumor, karsinoma in-situ, kanker, kista, pembesaran kelenjar atau getah bening, benjolan lainnya.	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK
c. Kelainan atau gangguan pada telinga, hidung, sinus, mulut, tenggorokan, infeksi pada telinga, polip hidung, mimisan, rhinitis, septum deviasi termasuk sinusitis.	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK
d. Kelainan atau gangguan pada mata termasuk namun tidak terbatas pada kondisi memakai kacamata / softlens ukuran melebihi -7.0, katarak, glaucoma, ptosis, strabismus (juling, amblyopia)	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK
e. Kelainan atau gangguan pada sistem syaraf/neurologis akibat cedera ataupun penyebab lainnya, termasuk namun tidak terbatas pada kondisi stroke (termasuk stroke ringan/transientischemic attack), sering pusing (vertigo), sklerosis multipel, migrain, pingsan, kejang, epilepsi/ayan, paralisis/kelumpuhan/kelemahan otot dan/atau saraf, saraf kejepit, cedera kepala atau otak.	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK
f. Kelainan atau gangguan pada paru-paru atau saluran pernafasan termasuk namun tidak terbatas pada kondisi batuk yang tak kunjung sembuh, batuk lama (>2 minggu), batuk darah, pneumonia, bronchitis, sesak nafas, asma, Tuberkulosis (TBC).	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK
g. Kelainan atau gangguan pada darah termasuk namun tidak terbatas pada kondisi leukemia (kanker darah), thalassemia (kelainan sel darah merah), anemia (kurang darah), trombosit abnormal, eritrosit abnormal, varices, DVT (pembekuan darah di pembuluh darah balik bagian dalam), Thalasemia.	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK
h. Kelainan atau gangguan pada jantung dan pembuluh darah termasuk namun tidak terbatas pada kondisi jantung berdebar, irama jantung abnormal, serangan jantung (penyempitan/penyumbatan), penyakit jantung coroner, angina (nyeri dada disebabkan penyempitan pembuluh darah), gangguan katup jantung, kardiomiopati (pembesaran jantung), demam jantung rematik, Varises (pelebaran pembuluh darah), aneurisma, tekanan darah tinggi.	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK
i. Kelainan atau gangguan pada sistem pencernaan, pankreas, hati, perut, dan usus termasuk namun tidak terbatas pada kondisi muntah darah, buang air besar berdarah, gastritis/maag, reflux gastroesofagus (GERD), esofagitis, tukak lambung atau usus, hepatitis, sakit kuning, kolesistitis/radang kandung empedu, batu empedu, pankreatitis/radang pankreas, wasir, hernia (kerusakan dinding perut), fatty liver (perlemakan hati), Crohn's disease, colitis/radang usus.	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK
j. Kelainan atau gangguan pada hormonal dan metabolisme termasuk namun tidak terbatas pada kondisi diabetes (kencing manis atau peningkatan laboratorium pemeriksaan gula darah), gangguan hormon tiroid (gondok), peningkatan asam urat (gout), peningkatan kolesterol (peningkatan kadar lemak dalam darah).	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK
k. Kelainan atau gangguan pada ginjal dan saluran kemih termasuk namun tidak terbatas pada kondisi kencing batu, darah atau protein dalam urin, cuci darah, batu ginjal, gagal ginjal, gangguan prostat/testis, kandung kemih.	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK

RIWAYAT KESEHATAN	TERTANGGUNG	PEMEGANG POLIS	PAYOR / PEMBAYAR PREMI
<p>l. Kelainan atau gangguan pada sendi, otot, tulang akibat cedera ataupun penyebab lainnya, termasuk namun tidak terbatas pada kondisi osteoarthritis (peradangan pada sendi), arthritis (radang sendi), rematik, gangguan tulang belakang, patah tulang, tulang retak, dislokasi sendi, lupus eritematosus sistemik dan segala komplikasinya, gangguan bentuk pada tulang belakang, nyeri punggung atau leher.</p>	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK
<p>m. Kelainan atau gangguan mental atau kejiwaan termasuk namun tidak terbatas pada kondisi depresi, gangguan kecemasan, gangguan perilaku, gangguan kepribadian, insomnia atau gangguan tidur, autisme.</p>	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK
<p>n. Kelainan atau gangguan pada sistem kekebalan tubuh termasuk namun tidak terbatas pada kondisi autoimun, rheumatoid arthritis, lupus eritematosus sistemik dan segala komplikasinya.</p>	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK
<p>o. Lain-lain yang tidak tercantum diatas termasuk namun tidak terbatas pada cacat /penyakit bawaan, penyakit turunan serta penyakit yang dinyatakan sebagai penyakit wabah atau epidemi oleh Pemerintah atau penyakit menular yang direkomendasikan oleh institusi yang berwenang untuk diasingkan dan/atau dikarantinakan diantaranya Covid-19.</p>	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK
<p>p. Melakukan pemeriksaan kesehatan, baik sebagai MCU rutin, pemeriksaan dari kantor, maupun pemeriksaan atas inisiatif sendiri, termasuk: pemeriksaan fisik, laboratorium darah/urine, radiologi (X-ray, CT Scan, MRI), USG, EKG dan pemeriksaan jantung lainnya, fungsi paru dan pemeriksaan lain yang belum disebutkan. Mohon lampirkan seluruh hasil pemeriksaan tersebut bersamaan dengan pengajuan ini.</p>	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK
<p>9. Apakah diantara anggota keluarga dekat (Orang Tua atau Adik Kakak Kandung) Calon Tertanggung dan atau Calon Pemegang Polis ada yang pernah atau sedang menderita kondisi medis berikut sebelum usia 60 tahun?</p> <ul style="list-style-type: none"> Jantung, stroke, tekanan darah tinggi, segala jenis kanker, gangguan kejiwaan, kencing manis, penyakit ginjal polistik dan hati polistik, penyakit parkinson dan penyakit Alzheimer. <p>Jika "YA", sebutkan hubungan keluarga dan jenis penyakitnya serta usia saat terdiagnosa dengan kondisi tersebut.</p>	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK
<p>10. Khusus untuk wanita</p>			
<p>a. Apakah Tertanggung dan atau Pemegang Polis sedang hamil? Jika "YA", mohon informasikan usia kehamilan.</p>	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK
<p>b. Pernahkah Calon Tertanggung dan atau Calon Pemegang Polis mendapatkan kesulitan pada waktu melahirkan? Contoh : pre eklampsia, gestational diabetes, infeksi TORCH, ablasio retina atau komplikasi lainnya. Jika "YA", mohon jelaskan.</p>	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK
<p>11. Apakah Tertanggung dan atau Pemegang Polis memiliki dokter pribadi/dokter yang biasa dikunjungi? Jika "YA", mohon jelaskan (1) Nama (2) Alamat (3) Kapan terakhir mengunjungi (4) Alasan mengunjungi</p>	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK

9. Sehubungan dengan Peraturan Otoritas Jasa Keuangan tentang Penerapan Program Anti Pencucian Uang, Pencegahan Pendanaan Terorisme dan Pencegahan Pendanaan Proliferasi Senjata Pemusnah di Sektor Jasa Keuangan:
 - a. Saya menyadari, mengerti dan memahami bahwa Saya memiliki kewajiban untuk senantiasa melakukan pengkinian data kepada Sequis dan menyerahkan salinan dokumen pendukung yang berlaku.
 - b. Saya juga setuju bahwa Sequis dapat menolak dan/atau membatalkan transaksi, apabila Saya (1) tidak melakukan pengkinian data; (2) diketahui dan/atau patut diduga menggunakan dokumen palsu; (3) menyampaikan informasi yang diragukan kebenarannya; (4) terdapat di dalam Daftar Terduga Teroris dan Organisasi Teroris; (5) terdapat di dalam Daftar Pendanaan Proliferasi Senjata Pemusnah Massal; (6) memiliki sumber dana transaksi yang diketahui dan/atau patut diduga berasal dari hasil tindak pidana; dan/atau (7) kondisi lainnya sebagaimana diatur pada Peraturan Perundang-Undangan yang berlaku.
10. Saya memahami bahwa Saya memiliki kewajiban untuk bertindak dengan iktikad terbaik (*utmost good faith*) dalam setiap pengajuan pengajuan Formulir ini. 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 memengaruhi pertimbangan Sequis dalam menerima atau menolak pengajuan Perubahan Polis tersebut dan/atau menetapkan jumlah premi jika pengajuan Perubahan Polis ini disetujui.
11. Saya menyatakan dan menjamin bahwa semua informasi yang Saya berikan dalam Formulir ini, serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang diisyaratkan oleh Sequis ("**Dokumen Pengajuan**") sebagai bagian dari pengajuan Perubahan Polis ini 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 ternyata tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini, tidak sesuai dengan kenyataan yang sebenarnya dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya, atau terdapat Informasi Konsumen yang Saya sembunyikan, dengan menandatangani Formulir ini, Saya **SEPAKAT DAN MENYETUJUI** bahwa Sequis berhak melakukan hal-hal berikut ini:
 - a. Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayar seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
 - b. Membatalkan Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada Asuransi/Polis Dasar/Pertanggung Tambahan/Polis Tambahan) dengan pengembalian Premi (atau Biaya Asuransi dari Asuransi/Polis Dasar/Pertanggung Tambahan/Polis 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);
 - c. Mengakhiri Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada Asuransi/Polis Dasar/Pertanggung Tambahan/Polis 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 juga menyetujui bahwa Sequis hanya akan membayarkan Nilai Tunai (khusus untuk Produk Asuransi Yang Dikaitkan Dengan Investasi), jika ada;
 - d. Melakukan penilaian ulang risiko (*re-underwriting*) dan menambahkan syarat dan ketentuan tambahan dalam Polis (baik Asuransi/Polis Dasar/Pertanggung Tambahan/Polis Tambahan), termasuk menambahkan risiko yang dikecualikan, menyesuaikan uang pertanggungan, dan/atau menyesuaikan jumlah Premi atau Biaya Asuransi yang harus dibayar; dan/atau
 - e. Menagih kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi dalam hal hasil dari penilaian ulang (*re-underwriting*), jumlah Premi dan/atau Biaya Asuransi yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. Sequis juga berhak melakukan pemotongan langsung (*set-off*) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan Nilai Tunai atau Nilai Polis yang ada dalam Polis Saya dan/atau Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan. Atas hal tersebut, Saya wajib membayarkan (jika ada) kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi.
12. Sehubungan dengan klausul pembatalan atau pengakhiran Polis sebagaimana disebutkan di atas, Saya dengan ini menegaskan bahwa:
 - a. Penandatanganan Formulir ini oleh Saya merupakan bentuk persetujuan atas pembatalan atau pengakhiran Polis oleh Sequis jika terjadi hal-hal yang dimaksud dalam angka 10; dan
 - b. 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.

C. PERNYATAAN PERSETUJUAN PELINDUNGAN DATA PRIBADI NASABAH

Dengan ini Saya selaku Pemegang Polis ("**Saya**") menyatakan dan menjamin kepada PT Asuransi Jiwa Sequis Life ("**Sequis**") bahwa:

1. Saya dengan ini memahami dan memberikan persetujuan bahwa Sequis berhak melakukan pemrosesan data pribadi Saya, yang mencakup seluruh data dan/atau informasi Saya, termasuk namun tidak terbatas pada data diri, kesehatan dan finansial yang tercantum dalam dokumen terkait Polis Saya serta data yang Saya sampaikan kepada Sequis melalui berbagai sarana dan/atau pihak ketiga. Pemrosesan tersebut meliputi pemerolehan, pengumpulan, pengolahan, analisis, penyimpanan, perbaikan, pembaruan, penyajian, publikasi, transfer, pengungkapan, penghapusan, dan/atau pemusnahan data pribadi ("**Pemrosesan**").
2. Saya telah mendapatkan persetujuan dari calon Tertanggung, Penerima Manfaat dan pihak-pihak lainnya yang data pribadinya diperlukan sesuai dengan Formulir ini, untuk membagikan data pribadi tersebut untuk dikumpulkan dan diproses oleh Sequis.
3. Saya memahami dan menyetujui bahwa Sequis dapat melakukan Pemrosesan berdasarkan salah satu atau lebih dari dasar hukum sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan terkait perlindungan data pribadi di Indonesia. Sequis menerapkan dasar pemrosesan sebagai berikut:
 - a. Pelaksanaan kewajiban kontraktual untuk memenuhi permintaan Saya;
 - b. Kepatuhan terhadap kewajiban hukum berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - c. Perlindungan terhadap kepentingan vital yang berhubungan dengan keselamatan Saya; dan/atau
 - d. Pemenuhan kepentingan sah lainnya dengan mempertimbangkan keseimbangan antara hak dan kepentingan Saya serta kebijakan perlindungan data yang berlaku.

Saya memahami bahwa dasar Pemrosesan yang dilakukan oleh Sequis sebagaimana disebutkan di atas sah berdasarkan ketentuan perundang-undangan yang mengatur mengenai perlindungan data pribadi yang berlaku di Indonesia.
4. Saya memahami dan menyetujui bahwa Sequis dapat menggunakan dan/atau memproses Data Pribadi Saya yang dikumpulkan untuk tujuan sebagai berikut maupun untuk tujuan lain yang diizinkan oleh peraturan perundang-undangan yang berlaku ("**Tujuan Pemrosesan**"):
 - a. Mengelola administrasi produk dan layanan, termasuk pemenuhan kewajiban terhadap nasabah, agen, tenaga pemasar, mitra bisnis, karyawan, vendor, dan pihak terkait lainnya.
 - b. Melakukan pemeriksaan, verifikasi, dan validasi terhadap nasabah/, penerima manfaat, agen, tenaga pemasar, vendor, dan mitra bisnis melalui berbagai sumber, termasuk pihak ketiga dan otoritas yang berwenang.
 - c. Menyediakan layanan pelanggan, termasuk membalas pertanyaan, menangani keluhan, serta memberikan informasi mengenai perubahan produk dan/atau layanan serta kebijakan.
 - d. Memproses pengajuan dan pengelolaan polis asuransi, termasuk pemeriksaan riwayat kesehatan dan keuangan, pembayaran premi, serta proses klaim (termasuk namun tidak terbatas pada pemeriksaan dan investigasi klaim), pembayaran manfaat asuransi/klaim baik di dalam maupun luar negeri.

- e. Mengelola keputusan berbasis data dan melakukan pemrosesan otomatis (*automated decision making*) untuk analisis risiko dan kelayakan layanan.
 - f. Mengembangkan dan menyediakan produk serta layanan asuransi, keuangan, dan layanan terkait, termasuk perancangan kerja sama bisnis.
 - g. Melakukan riset pemasaran, penelitian, dan analisis statistik guna memahami tren industri dan meningkatkan layanan.
 - h. Menjalankan operasional bisnis dan administrasi internal, termasuk pencatatan serta pengelolaan arsip informasi nasabah.
 - i. Mematuhi ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku, persyaratan dari pihak regulator, serta permintaan dari otoritas berwenang baik di tingkat nasional maupun internasional.
 - j. Mencegah penipuan dan kejahatan keuangan, termasuk verifikasi identitas untuk memastikan keamanan transaksi dan layanan.
 - k. kerja sama dalam rangka penemuan atau pencegahan penipuan dan kejahatan keuangan.
 - l. setiap proses hukum yang melibatkan Sequis dan/atau tenaga pemasar-nya.
 - m. kepatuhan terhadap perintah pengadilan, hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
 - n. Memfasilitasi kerjasama dengan perusahaan asuransi lain, reasuransi, serta mitra bisnis dalam pemrosesan layanan yang dibutuhkan untuk nasabah.
 - o. Memenuhi kewajiban pelaporan dan kepatuhan terhadap regulasi seperti *Foreign Account Tax Compliance/Undang-Undang Kepatuhan Pajak Rekening Asing (FATCA)* dan *Common Reporting Standard/Standar Pelaporan Umum CRS*.
 - p. Keperluan lain yang berkaitan dengan pengelolaan layanan asuransi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
5. Saya memahami dan menyetujui bahwa dalam rangka pelaksanaan Tujuan Pemrosesan, Sequis dapat mengungkapkan Data Pribadi Saya kepada pihak-pihak berikut:
- a. Ahli medis dan/atau penyedia layanan kesehatan lainnya.
 - b. Mitra bisnis, konsultan hukum, auditor eksternal, perusahaan asuransi lain, reasuransi, penyedia layanan, atau pihak ketiga yang ditunjuk dan/atau bekerja sama Sequis.
 - c. Entitas afiliasi Sequis.
 - d. Otoritas yang berwenang, asosiasi industri, pengadilan, regulator, atau lembaga pemerintah yang berwenang.
- Untuk tujuan pelaksanaan, tujuan pemrosesan dan sepanjang diwajibkan atau diizinkan oleh hukum atau sesuai dengan perintah pengadilan yang berlaku.
6. Saya memahami dan menyetujui bahwa dalam rangka dan/atau untuk setiap Tujuan Pemrosesan, Sequis juga dapat mentransfer Data Pribadi Saya kepada pihak terkait di luar wilayah hukum Indonesia dan/atau menunjuk pihak ketiga sebagai pemroses data untuk melaksanakan pemrosesan atas nama Sequis dengan memastikan pengamanan yang tepat dan dengan tetap mematuhi ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- Dalam kaitannya dengan hal tersebut, Saya juga bersedia untuk memberikan informasi atau dokumen yang diperlukan guna memenuhi kewajiban pelaporan informasi antar negara serta melakukan pembaruan data jika terdapat perubahan.
7. Saya juga memahami bahwa sebagai subjek data, Saya memiliki hak tertentu terkait Data Pribadi Saya sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Hak-hak tersebut meliputi permintaan informasi, akses/salinan, perbaikan, penghentian pemrosesan, penarikan persetujuan pemrosesan, pengajuan keberatan, pembatasan pemrosesan, penghapusan, dan hak-hak lainnya sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan yang berlaku. Saya dapat menggunakan hak ini dengan menghubungi Sequis melalui email care@sequislife.com. Saya juga memahami bahwa pelaksanaan hak tersebut dapat berdampak pada manfaat atau fasilitas dari polis yang Saya miliki, termasuk kemungkinan pembatalan polis. Dalam hal pembatalan polis ini, tidak menyebabkan hilangnya kewajiban masing-masing Saya maupun Sequis yang timbul dan belum dipenuhi sampai dengan berakhirnya polis tersebut. Selain itu, Sequis berhak menolak permintaan Saya untuk akses, koreksi, atau penghapusan sebagian atau seluruh Data Pribadi Saya jika diwajibkan atau diperbolehkan oleh kebijakan retensi internal Sequis dan/atau peraturan perundang-undangan yang berlaku.
8. Saya memahami bahwa untuk mengetahui lebih lanjut mengenai cara Sequis melindungi Data Pribadi Saya dan hak-hak yang Saya miliki, Saya dapat mengakses kebijakan privasi Sequis melalui tautan berikut: <https://www.sequis.co.id/id/kebijakan-privasi>.

Dengan menandatangani Formulir ini, maka Saya telah membaca, memahami dan menyetujui seluruh Ketentuan dan Pernyataan yang terdapat pada Formulir ini.

Tanggal (tgl/bln/tahun):/...../.....

Dibuat dan ditandatangani di:

Tanda Tangan Pemegang Polis	Tanda Tangan Tertanggung	Diverifikasi oleh <input type="checkbox"/> NSC/RSC/CSO <input type="checkbox"/> Kantor Pemasaran Tanda Tangan Petugas
Nama Lengkap	Nama Lengkap	Nama Lengkap