

FORMULIR PERUBAHAN POLIS



Petunjuk Pengisian :

1. Isilah formulir ini dengan HURUF CETAK, menggunakan pulpen WARNA HITAM dan tulisan TIDAK KELUAR dari kotak.
2. Setiap bentuk coretan atau penebalan pada formulir harus ditandatangani oleh Pemegang Polis.
3. Berilah tanda ✓ pada kotak jawaban yang dipilih.

NOMOR POLIS

NO. HANDPHONE +62

NAMA PEMEGANG POLIS

Lampirkan fotokopi KTP/Paspor

ALAMAT EMAIL

TELEPON RUMAH

Kode area

TELEPON KANTOR

1. DATA KORESPONDENSI

Alamat Korespondensi :

Kode Pos :

No. Handphone :

No. Telepon Rumah :

Kode area

Alamat Email :

2. CETAK ULANG KARTU

Nama Lengkap :

Nama Lengkap :

Nama Lengkap :

Nama Lengkap :

Nama Lengkap :

Keterangan :

- Biaya Administrasi Rp. 20,000 per kartu
- Kartu lama secara otomatis dinonaktifkan

3. FREKUENSI BAYAR

Frekuensi bayar yang baru:

- Tahunan Kuartalan
 Semesteran Bulanan

- Perubahan dari skala kecil ke besar wajib membayarkan kekurangan premi
- Premi \leq dari Rp.500.000,- wajib melakukan perubahan ke Autodebet Rekening atau Autodebet Kartu Kredit dengan mengisi Surat Kuasa Pendebetan
- Khusus produk tradisional, hanya bisa dilakukan pada ulang tahun Polis

4. METODE BAYAR

Metode bayar yang baru :

- Virtual Account

Keterangan :
Perubahan ke Autodebet Rekening atau Autodebet Kartu Kredit, dapat langsung mengisi Surat Kuasa Pendebetan

5. CETAK ULANG POLIS

- Polis, Biaya Rp. 300,000
Lampirkan Polis Asli, jika hilang lampirkan Surat Keterangan Kehilangan dari Kepolisian

Atau

- Polis Elektronik, Biaya Rp. 100,000

6. PERUBAHAN YANG DITUNJUK (PENERIMA MANFAAT)

Yang ditunjuk menerima Uang Pertanggung bila Tertanggung Meninggal Dunia (Nama sesuai dengan identitas yang sah)

6.1. DATA PENERIMA MANFAAT I

Nama Lengkap:

Jenis Kelamin:

 Pria Wanita

Hubungan*):

Negara Lahir:

Tanggal Lahir:

Negara Domisili:

Persentase**):

Kewarganegaraan:

6.2. DATA PENERIMA MANFAAT II

Nama Lengkap:

Jenis Kelamin:

 Pria Wanita

Hubungan*):

Negara Lahir:

Tanggal Lahir:

Negara Domisili:

Persentase**):

Kewarganegaraan:

*) Keterangan Hubungan dengan Calon Tertanggung Utama : Suami, Istri, Anak, Ibu, Kakak, Adik atau Lainnya. Untuk Lainnya mohon melampirkan Surat Keterangan Asuransi.

6.3. DATA PENERIMA MANFAAT III

Nama Lengkap:

Jenis Kelamin: Pria Wanita Hubungan*):

Negara Lahir: Tanggal Lahir: tgl bln thn

Negara Domisili: Persentase**):

Kewarganegaraan:

6.4. DATA PENERIMA MANFAAT IV

Nama Lengkap:

Jenis Kelamin: Pria Wanita Hubungan*):

Negara Lahir: Tanggal Lahir: tgl bln thn

Negara Domisili: Persentase**):

Kewarganegaraan:

*) Keterangan Hubungan dengan Calon Tertanggung Utama : Suami, Istri, Anak, Ibu, Kakak, Adik atau Lainnya. Untuk Lainnya mohon melampirkan Surat Keterangan Asuransi.

**) Jika tidak dinyatakan presentase besar bagian, maka diartikan dibagi secara prorata (merata)

7. PERUBAHAN PEMEGANG POLIS

DATA CALON PEMEGANG POLIS BARU

1. Nama Lengkap: (Lampirkan KTP/Paspor)

Jenis Kelamin: Pria Wanita Status Pernikahan: Menikah Belum Menikah Janda/Duda

2. Tempat Lahir: Tanggal Lahir: tgl bln thn

3. Negara Lahir: Kewarganegaraan:

4. Jenis Identitas: KTP (khusus WNI) Paspor (khusus WNA) No. Identitas:

No. NPWP *):

*Apabila Pemegang Polis adalah Perusahaan

5. Alamat Rumah: (Sesuai dengan alamat yang tertera pada KTP/Paspor)

Kode Pos:

6. Alamat Korespondensi: (Jika alamat rumah sebagai alamat korespondensi tidak perlu mengisi pada kolom ini)

Kode Pos: Negara Domisili:

7. No. Handphone: +62 No. Telepon Rumah: -

8. Alamat Email:

9. Pekerjaan: Uraian Pekerjaan: (Contoh: Admin, dalam ruangan, alat berat, dsb)

10. Bidang Usaha:

11. Nama Perusahaan/Sekolah:

12. Jabatan:

13. Hubungan dengan Tertanggung: Diri Sendiri Anak Orang Tua Lainnya, sebutkan _____

Suami/Istri Saudara Kandung

ALASAN PERUBAHAN

PEMBAYAR PREMI

Pemegang Polis Baru

Tertanggung Utama

Lainnya, _____

SUMBER PENGHASILAN PEMBAYAR PREMI

Gaji Bonus/Komisi

Hasil Investasi Lainnya, _____

Bisnis Pribadi _____

PENGHASILAN KOTOR PERTAHUN

< 12 Juta > 120-300 Juta

> 12-60 Juta > 300-500 Juta

> 60-120 Juta > 500 Juta

Catatan: Jika Pemegang Polis Lama telah meninggal dunia, maka wajib melampirkan fotokopi akta kematian.

8. PERUBAHAN DATA PEMEGANG POLIS/TERTANGGUNG

Perubahan Data atas : Pemegang Polis Tertanggung Utama Tertanggung Tambahan I / II / III / IV

Perubahan Nama (Nama Baru) :

Tempat Lahir Baru : Tanggal Lahir Baru: tgl bln thn

Keterangan : Untuk perubahan data lebih dari 1 orang, Pemegang Polis wajib mengisi formulir kembali dan melampirkan dokumen pendukung (akta ganti nama, akta kelahiran, dst.)

9. CUTI PREMI

Aktivasi Non Aktivasi
 Metode bayar akan otomatis berubah menjadi Virtual Account
 PT AJ Generali Indonesia akan menagihkan premi kembali.

10. PERUBAHAN UANG PERTANGGUNGAN

Naik Uang Pertanggungan Turun Uang Pertanggungan

Wajib Lampirkan:
 1. Form Pernyataan Kesehatan (khusus Naik Uang Pertanggungan)
 2. Ilustrasi sesuai dengan pengajuan yang baru

Nomor Ilustrasi :

Keterangan:
 Perubahan Uang Pertanggungan sesuai dengan ketentuan tiap produk

11. PEMBAYARAN PREMI DIMUKA

Bulanan x pembayaran Semesteran x pembayaran
 Kuartalan x pembayaran Tahunan x pembayaran
 Keterangan: Pembayaran Premi Dimuka akan menggunakan harga unit pada hari kerja berikutnya (H+1)

12. PERUBAHAN PREMI

Naik Premi Turun Premi

Wajib Lampirkan:
 Ilustrasi sesuai dengan pengajuan yang baru

Nomor Ilustrasi :

Keterangan:
 Perubahan Premi sesuai dengan ketentuan tiap produk

13. PERUBAHAN ASURANSI TAMBAHAN (RIDER)

Tambah Asuransi Tambahan (Rider) Naik Uang/ Manfaat Asuransi Tambahan (Rider)
 Hapus Asuransi Tambahan (Rider) Turun Uang/ Manfaat Asuransi Tambahan (Rider)

Wajib lampirkan : 1. Form Pernyataan Kesehatan (khusus untuk tambah dan/atau Naik Uang/ Manfaat Asuransi Tambahan) 2. Ilustrasi perubahan

Nomor Ilustrasi :

Keterangan :
 1. Memberi tanda ✓ pada perubahan yang dipilih
 2. Perubahan Asuransi tambahan (Rider) sesuai dengan ketentuan tiap produk
 3. Isi No. 15 untuk penambahan Tertanggung Tambahan yang baru

14. PEMULIHAN POLIS / REINSTATE

Keterangan:
 1. Wajib melampirkan Form Pernyataan Kesehatan
 2. Wajib melunasi premi tertunggak dan biaya pemulihan (jika ada) sesuai dengan ketentuan tiap produk

15. PENAMBAHAN TERTANGGUNG TAMBAHAN

Keterangan : Jika memilih transaksi polis No. 15, maka wajib lampirkan Formulir Pernyataan Kesehatan dan ilustrasi perubahan pertanggungan yang baru.

DATA CALON TERTANGGUNG TAMBAHAN I

1. Nama Lengkap
 (Lampirkan KTP/Paspor)

Jenis Kelamin Pria Wanita Status Pernikahan Menikah Belum Menikah Janda/Duda

2. Tempat Lahir Tanggal Lahir: tgl bln thn

3. Negara Lahir Kewarganegaraan:

4. Jenis Identitas KTP (Khusus WNI) Paspor (Khusus WNA) No. Identitas:
 Akta Lahir No. NPWP:

5. Pekerjaan Uraian Pekerjaan: (Contoh: Admin, dalam ruangan, alat berat, dsb)

6. Bidang Usaha

7. Nama Perusahaan/Sekolah

8. Jabatan

9. Hub.Tertanggung Tambahan I dengan Tertanggung Utama Suami/Istri Anak Orang Tua Saudara Kandung Lainnya, sebutkan

DATA CALON TERTANGGUNG TAMBAHAN II

1. Nama Lengkap
 (Lampirkan KTP/Paspor)

Jenis Kelamin Pria Wanita Status Pernikahan Menikah Belum Menikah Janda/Duda

2. Tempat Lahir Tanggal Lahir: tgl bln thn

3. Negara Lahir Kewarganegaraan:

4. Jenis Identitas KTP (Khusus WNI) Paspor (Khusus WNA) No. Identitas:
 Akta Lahir No. NPWP:

5. Pekerjaan Uraian Pekerjaan: (Contoh: Admin, dalam ruangan, alat berat, dsb)

6. Bidang Usaha

7. Nama Perusahaan/Sekolah

8. Jabatan

9. Hub.Tertanggung Tambahan II dengan Tertanggung Utama Suami/Istri Anak Orang Tua Saudara Kandung Lainnya, sebutkan

DATA CALON TERTANGGUNG TAMBAHAN III

1. Nama Lengkap (Lampirkan KTP/Paspor)

Jenis Kelamin Pria Wanita Status Pernikahan Menikah Belum Menikah Janda/Duda

2. Tempat Lahir Tanggal Lahir: ^{tgl} ^{bln} ^{thn}

3. Negara Lahir Kewarganegaraan:

4. Jenis Identitas KTP (Khusus WNI) Paspor (Khusus WNA) No. Identitas:

Akta Lahir No. NPWP:

5. Pekerjaan Uraian Pekerjaan: (Contoh: Admin, dalam ruangan, alat berat, dsb)

6. Bidang Usaha

7. Nama Perusahaan/Sekolah

8. Jabatan

9. Hub.Tertanggung Tambahan III dengan Tertanggung Utama Suami/Istri Anak Orang Tua Saudara Kandung Lainnya, sebutkan _____

DATA CALON TERTANGGUNG TAMBAHAN IV

1. Nama Lengkap (Lampirkan KTP/Paspor)

Jenis Kelamin Pria Wanita Status Pernikahan Menikah Belum Menikah Janda/Duda

2. Tempat Lahir Tanggal Lahir: ^{tgl} ^{bln} ^{thn}

3. Negara Lahir Kewarganegaraan:

4. Jenis Identitas KTP (Khusus WNI) Paspor (Khusus WNA) No. Identitas:

Akta Lahir No. NPWP:

5. Pekerjaan Uraian Pekerjaan: (Contoh: Admin, dalam ruangan, alat berat, dsb)

6. Bidang Usaha

7. Nama Perusahaan/Sekolah

8. Jabatan

9. Hub.Tertanggung Tambahan IV dengan Tertanggung Utama Suami/Istri Anak Orang Tua Saudara Kandung Lainnya, sebutkan _____

16. DEKLARASI PEP

Apakah Anda dan/atau salah satu dari pihak dalam Polis ini merupakan Orang Yang Populer Secara Politis (*Politically Exposed Person/ PEP*)?

Ya Tidak

Jika ya, mohon sebutkan pihak yang termasuk dalam kategori PEP.

Pemegang Polis Tertanggung Utama Tertanggung Tambahan I Tertanggung Tambahan II Tertanggung Tambahan III

Tertanggung Tambahan IV Penerima Manfaat I Penerima Manfaat II Penerima Manfaat III Penerima Manfaat IV

DEFINISI TERKAIT PEP

PEP adalah orang yang diberi kewenangan untuk melakukan fungsi penting oleh negara seperti kepala negara atau pemerintahan, politisi senior, pejabat pemerintah senior, pejabat militer/atau pejabat di bidang penegakan hukum, eksekutif senior pada perusahaan yang dimiliki oleh negara, pejabat penting dalam partai politik, dan orang yang diberi kewenangan untuk melakukan fungsi penting oleh organisasi internasional (Mengacu kepada POJK No. 12/POJK.01/2017 tentang Penerapan Program APU dan PPT di Sektor Jasa Keuangan).

INFORMASI FATCA (FOREIGN ACCOUNT TAX COMPLIANCE ACT) dan/atau CRS (COMMON REPORTING STANDARD)

Berdasarkan ketentuan Foreign Account Tax Compliance Act of United States of America (FATCA) dan/atau Common Reporting Standard (CRS), PT AJ Generali Indonesia mewajibkan Anda untuk menjawab pertanyaan di bawah ini:

- Apakah Anda atau salah satu pihak dalam Formulir Perubahan ini memiliki kewajiban pajak (tax residency) di negara selain Indonesia?
- Apakah Anda atau salah satu pihak dalam Formulir Perubahan ini membayar pajak di Amerika Serikat atau memiliki penghasilan yang menjadi objek pajak di Amerika Serikat?

Ya, atas salah satu atau kedua pertanyaan
(Harap mengisi tabel negara/yurisdiksi kewajiban pajak dibawah ini)

Tidak keduanya

NEGARA/YURISDIKSI TEMPAT KEWAJIBAN PAJAK

Penjelasan Tambahan Pengisian Kolom

- Apabila Nomor Wajib Pajak ("TIN") tidak tersedia, harap memberikan alasan A, B, atau C:

Alasan	Penjelasan
A	Negara dimana pemegang rekening bertanggung jawab untuk membayar dan/atau melaporkan pajak tidak mengeluarkan TIN
B	Pemegang rekening tidak dapat memperoleh TIN (Mohon jelaskan alasan tidak dapat memperoleh TIN di kolom dibawah ini)
C	TIN tidak diperlukan oleh negara / yurisdiksi yang terkait

- Untuk Wajib Pajak Amerika Serikat harus mencantumkan TIN

PERNYATAAN DAN KUASA

Ditandatangani di:

Tempat

Waktu: tgl bln thn

UNTUK SEMUA PERUBAHAN POLIS

Pemegang Polis

(Nama Jelas dan Tanda tangan)

Tenaga Pemasar

(Nama Jelas dan Tanda tangan)

HANYA UNTUK PERUBAHAN NO. 7

Pemegang Polis Baru

(Nama Jelas dan Tanda tangan)

UNTUK SEMUA PERUBAHAN NO. 15

Tertanggung Tambahan I

(Nama Jelas dan Tanda tangan)

Tertanggung Tambahan II

(Nama Jelas dan Tanda tangan)

Tertanggung Tambahan III

(Nama Jelas dan Tanda tangan)

Tertanggung Tambahan IV

(Nama Jelas dan Tanda tangan)

BAGIAN INI DIISI OLEH PETUGAS DARI PT ASURANSI JIWA GENERALI INDONESIA

CATATAN

Diproses pada : tgl bln thn

Oleh :

(Nama dan Tanda tangan)

Dicek pada : tgl bln thn

Oleh :

(Nama dan Tanda tangan)



PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia
Generali Tower, Lantai 7
Gran Rubina Business Park
Kawasan Rasuna Epicentrum
Jl. H.R. Rasuna Said Kavling C-22
Jakarta 12940

generalico.id

Customer CARE Generali Indonesia
Email : care@generalico.id
Telp. : 1500037