

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

Nomor Handphone

+62

Nama Pemegang Polis

Lampirkan fotokopi KTP/Paspor

Alamat Email

Telp. Rumah

Kode Area

 -

Telp. Kantor

1. DATA KORESPONDENSI

Alamat Korespondensi

Kelurahan Kecamatan

Kota Provinsi

Nomor Handphone

+62

Telp. Rumah Kode Area - Kode Pos

Alamat Email

2. CETAK ULANG KARTU

Nama Lengkap

Keterangan :

- Biaya Administrasi Rp50.000 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 <= 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 Rp300.000

Atau

Polis Elektronik, biaya Rp100.000

6. PERUBAHAN YANG DITUNJUK (PENERIMA MANFAAT)

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

6.1. DATA PENERIMA MANFAAT I

Nama Lengkap

Tidak termasuk gelar (sesuai KTP/Paspor)

Negara Lahir

Tanggal Lahir

tgl

bln

thn

Negara Domisili

Kewarganegaraan

Negara Tempat Tinggal Pajak

Jenis Kelamin

Pria

Wanita

Hubungan

Suami/Istri Anak Orang Tua

Percentase*

%

Saudara Kandung Lainnya, _____

Untuk Lainnya mohon lampirkan Surat Keterikatan Asuransi.

6.2. DATA PENERIMA MANFAAT II

Nama Lengkap

Tidak termasuk gelar (sesuai KTP/Paspor)

Negara Lahir

Tanggal Lahir

tgl

bln

thn

Negara Domisili

Kewarganegaraan

Negara Tempat Tinggal Pajak

Jenis Kelamin

Pria

Wanita

Hubungan

Suami/Istri Anak Orang Tua

Percentase*

%

Saudara Kandung Lainnya, _____

Untuk Lainnya mohon lampirkan Surat Keterikatan Asuransi.

6.3. DATA PENERIMA MANFAAT III

Nama Lengkap <i>Tidak termasuk gelar (sesuai KTP/Paspor)</i>							
Negara Lahir				Tanggal Lahir	<i>tgl</i>	<i>bln</i>	<i>thn</i>
Negara Domisili				Kewarganegaraan			
Negara Tempat Tinggal Pajak				Jenis Kelamin	<input type="checkbox"/> Pria	<input type="checkbox"/> Wanita	
Hubungan	<input type="checkbox"/> Suami/Istri	<input type="checkbox"/> Anak	<input type="checkbox"/> Orang Tua	Percentase*	<input type="checkbox"/> %		
	<input type="checkbox"/> Saudara Kandung	<input type="checkbox"/> Lainnya,	Untuk Lainnya mohon melampirkan Surat Keterangan Asuransi.				

6.4. DATA PENERIMA MANFAAT IV

Nama Lengkap <i>Tidak termasuk gelar (sesuai KTP/Paspor)</i>							
Negara Lahir				Tanggal Lahir	<i>tgl</i>	<i>bln</i>	<i>thn</i>
Negara Domisili				Kewarganegaraan			
Negara Tempat Tinggal Pajak				Jenis Kelamin	<input type="checkbox"/> Pria	<input type="checkbox"/> Wanita	
Hubungan	<input type="checkbox"/> Suami/Istri	<input type="checkbox"/> Anak	<input type="checkbox"/> Orang Tua	Percentase*	<input type="checkbox"/> %		
	<input type="checkbox"/> Saudara Kandung	Untuk Lainnya mohon melampirkan Surat Keterangan Asuransi.					

*Jika tidak menyatakan persentase besar bagian, maka persentase akan dibagi secara prorata (merata)

7. PERUBAHAN PEMEGANG POLIS

Nama Lengkap <i>(Lampirkan KTP/Paspor)</i>				Status Pernikahan	<input type="checkbox"/> Menikah	<input type="checkbox"/> Belum Menikah	<input type="checkbox"/> Janda/Duda	
Tempat Lahir				Tanggal Lahir*	<i>tgl</i>	<i>bln</i>	<i>thn</i>	
Negara Lahir				Kewarganegaraan*				
Jenis Identitas	<input type="checkbox"/> KTP <i>(Khusus WNI)</i>	<input type="checkbox"/> Paspor <i>(Khusus WNA)</i>	No. Identitas					
Alamat Sesuai Identitas <i>(Sesuai dengan alamat yang tertera pada KTP/Paspor)</i>				No. NPWP <i>(Apabila Pemegang Polis adalah Perusahaan)</i> :				
Kelurahan				Kecamatan				
Kota				Provinsi				
Alamat Korespondensi <i>(Jika alamat sesuai identitas sebagai alamat korespondensi, maka tidak perlu mengisi bagian ini)</i>				Kode Pos				
Kelurahan				Kecamatan				
Kota				Provinsi				
Negara Domisili				Kode Pos				
Nomor Handphone	+62	Telp. Rumah			<i>Kode Area</i>	-		
Alamat Email				<i>Uraian Pekerjaan :</i> <i>(Contoh: Admin, dalam ruangan, alat berat, dsb)</i>				
Pekerjaan								
Bidang Usaha								
Nama Perusahaan/Sekolah								
Jabatan								
Hubungan dengan Tertanggung	<input type="checkbox"/> Diri sendiri	<input type="checkbox"/> Suami/Istri	<input type="checkbox"/> Orang Tua	<input type="checkbox"/> Anak	<input type="checkbox"/> Saudara Kandung	<input type="checkbox"/> Lainnya,		
Nama Gadis Ibu Kandung <i>(Jika tidak tahu nama gadis Ibu Kandung, jelaskan)</i>				<i>Uraian Penjelasan</i>				
ALASAN PERUBAHAN	PEMBAYAR PREMI		SUMBER PENGHASILAN PEMBAYAR PREMI			PENGHASILAN KOTOR PERTAHUN		
	<input type="checkbox"/> Pemegang Polis Baru	<input type="checkbox"/> Tertanggung Utama	<input type="checkbox"/> Gaji	<input type="checkbox"/> Hasil Investasi	<input type="checkbox"/> <12 Juta	<input type="checkbox"/> >120 Juta - 300 Juta		
	<input type="checkbox"/> Tertanggung Utama	<input type="checkbox"/> Bisnis Pribadi	<input type="checkbox"/> Bonus Komisi	<input type="checkbox"/> >12 Juta - 60 Juta	<input type="checkbox"/> >300 Juta - 500 Juta			
	<input type="checkbox"/> Lainnya, _____	<input type="checkbox"/> Lainnya, _____	<input type="checkbox"/> >60 Juta - 120 Juta	<input type="checkbox"/> >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	<input type="checkbox"/> Pemegang Polis	<input type="checkbox"/> Tertanggung Utama	<input type="checkbox"/> Tertanggung Tambahan I / II / III / IV				
Perubahan Nama (Nama Baru)							
Tempat Lahir Baru				Tanggal Lahir Baru	<i>tgl</i>	<i>bln</i>	<i>thn</i>

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

9. CUTI PREMI

Aktivasi
Metode bayar akan otomatis berubah menjadi Virtual Account

Non Aktivasi
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

13. PERUBAHAN ASURANSI TAMBAHAN (RIDER)

Tambah Asuransi Tambahan Naik Uang Pertanggungan/Manfaat Asuransi Tambahan
 Hapus Asuransi Tambahan Turun Uang Pertanggungan/Manfaat Asuransi Tambahan

Wajib Lampirkan:

1. Form Pernyataan Kesehatan (khusus untuk tambah dan/atau Naik Uang Pertanggungan/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

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

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

Nama Lengkap (sesuai KTP/Paspor)

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

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

Tempat Lahir

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

Negara Lahir

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

Jenis Identitas

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

Pekerjaan

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

Bidang Usaha

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

Nama Perusahaan/Sekolah

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

Jabatan

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

Hub.Tertanggung Tambahan I dengan Tertanggung Utama

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

Suami/Istri Orang Tua Anak Saudara Kandung Lainnya, _____

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

DATA CALON TERTANGGUNG TAMBAHAN II

Nama Lengkap (sesuai KTP/Paspor)

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

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

Tempat Lahir

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

Negara Lahir

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

Jenis Identitas

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

Pekerjaan

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

Bidang Usaha

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

Nama Perusahaan/Sekolah

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

Jabatan

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

Hub.Tertanggung Tambahan II dengan Tertanggung Utama

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

Suami/Istri Orang Tua Anak Saudara Kandung Lainnya, _____

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

DATA CALON TERTANGGUNG TAMBAHAN III

Nama Lengkap (sesuai KTP/Paspor)

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

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

Tempat Lahir

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

Negara Lahir

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

Jenis Identitas

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

KTP (Khusus WNI) Paspor (Khusus WNA) Akte Lahir



DATA CALON TERTANGGUNG TAMBAHAN IV

Nama Lengkap <i>(sesuai KTP/Paspor)</i>													
Jenis Kelamin	<input type="checkbox"/> Pria	<input type="checkbox"/> Wanita	Status Pernikahan			<input type="checkbox"/> Menikah	<input type="checkbox"/> Belum Menikah	<input type="checkbox"/> Janda/Duda					
Tempat Lahir						Tanggal Lahir		<i>tgl</i>	<input type="checkbox"/>	<i>bln</i>	<input type="checkbox"/>	<i>thn</i>	<input type="checkbox"/>
Negara Lahir						Kewarganegaraan		<input type="checkbox"/>					
Jenis Identitas	<input type="checkbox"/> KTP <i>(Khusus WNI)</i>	<input type="checkbox"/> Paspor <i>(Khusus WNA)</i>	<input type="checkbox"/> Akte Lahir	No. Identitas			<input type="checkbox"/>						
Pekerjaan						<i>Uraian Pekerjaan :</i> <i>(Contoh: Admin, dalam ruangan, alat berat, dsb)</i>		<input type="checkbox"/>					
Bidang Usaha								<input type="checkbox"/>					
Nama Perusahaan/Sekolah								<input type="checkbox"/>					
Jabatan								<input type="checkbox"/>					
Hub/Tertanggung Tambahan IV dengan Tertanggung Utama	<input type="checkbox"/> Suami/Istri	<input type="checkbox"/> Orang Tua	<input type="checkbox"/> Anak	<input type="checkbox"/> Saudara Kandung	<input type="checkbox"/> Lainnya,	<input type="checkbox"/>							

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 Asuransi Jiwa Generali Indonesia mewajibkan Anda untuk menjawab pertanyaan di bawah ini:

- a. Apakah Calon Pemegang Polis dan/atau Calon Penerima Manfaat dalam Formulir Perubahan ini memiliki kewajiban pajak (*tax residency*) di negara selain Indonesia?
 - b. Apakah Calon Pemegang Polis dan/atau Calon Penerima Manfaat 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 di bawah ini)

Tidak keduanya

NEGARA/YURISDIKSI TEMPAT KEWAJIBAN PAJAK

Penjelasan Tambahan Pengisian Kolom

- a. Apabila Nomor Wajib Pajak ("TIN") tidak tersedia, harap memberikan alasan A, B, atau C.
 - b. Untuk Wajib Pajak Amerika Serikat harus mencantumkan TIN.

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 <i>(Jelaskan alasan tidak dapat memperoleh TIN pada kolom di bawah ini)</i>
C	TIN tidak diperlukan oleh negara/yurisdiksi yang terkait

No.	Nama Lengkap	Negara/Yurisdiksi Tempat Kewajiban Pajak	No. Wajib Pajak (TIN)	Apabila tidak memiliki Nomor Wajib Pajak, isi dengan Alasan A/B/C	Uraian Alasan atas jawaban tidak memiliki TIN

PERNYATAAN TERKAIT FATCA/CRS

Saya/Kami Setuju

Berdasarkan ketentuan *Foreign Account Tax Compliance Act* (FATCA) dan/atau *Common Reporting Standard* (CRS), maka dengan ini Saya/Kami menyatakan dan menjamin bahwa Nomor Identitas Pajak informasi dan data atas diri Saya/Kami yang diserahkan oleh Saya/Kami kepada Generali Indonesia adalah benar dan wajib memberikan pemberitahuan atas perubahan yang berhubungan dengan data pribadi dan status kepada Generali Indonesia dalam waktu 30 (tiga puluh) hari setelah perubahan atau apabila Saya/Kami menjadi wajib pajak di lebih dari satu negara dan dalam waktu tertentu. Pembaharuan status merupakan tanggung jawab Saya/Kami dan bukan merupakan tanggung jawab Generali Indonesia. Untuk kepentingan pelaporan terkait Rekening Keuangan milik Saya/Kami, Saya/Kami bersedia menandatangani dokumen-dokumen yang diperlukan dan memberikan kuasa dan wewenang kepada Generali Indonesia untuk menggunakan data, informasi diri dan segala perubahan yang terjadi kepada pihak yang berwenang terkait FATCA dan CRS dalam rangka pelaporan.

WAJIB DIISI

Nama Pemilik Rekening																				
Nama Bank																				
Nomor Rekening											Mata Uang	<input type="checkbox"/>	Rupiah							

SYARAT DAN KETENTUAN

1. Pengajuan akan diproses setelah formulir dan/atau berkas lainnya yang dipersyaratkan, telah diisi secara benar dan lengkap;
2. Pengajuan yang telah diterima dan disetujui oleh Penanggung tidak dapat dibatalkan;
3. Formulir harus disampaikan dengan tanda tangan basah;
4. Biaya administrasi bank atau transfer yang timbul (jika ada) akan menjadi tanggung jawab Pemegang Polis.

PERNYATAAN DAN KUASA

Saya/ Kami yang bertandatangan di bawah ini menyatakan bahwa:

1. Telah mengisi dan menandatangani formulir ini dengan lengkap dan benar serta telah membaca, memahami, dan menyetujui syarat dan ketentuan tersebut di atas.
2. Memahami dan menyetujui bahwa PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia akan melakukan pembaruan data berdasarkan nomor telpon, e-mail, dan data rekening sesuai dengan yang tercantum pada formulir ini.
3. Telah menyetujui bahwa PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia ("Generali Indonesia") akan mengirimkan pemberitahuan melalui e-mail atau alamat korespondensi sesuai dengan yang terdaftar pada sistem.
4. Bersedia melakukan pemeriksaan kesehatan dan/atau memenuhi persyaratan lainnya dengan menanggung biaya yang timbul atas pemeriksaan dan/atau persyaratan terkait (jika ada).
5. Telah mengetahui dan menyetujui bahwa perubahan maupun pemulihian akan diproses oleh Generali Indonesia setelah melunasi Premi tertunggak dan/atau biaya pemulihian (jika ada) sesuai dengan fitur dan ketentuan dari masing-masing produk.
6. Telah memahami dan menyetujui bahwa perubahan asuransi tambahan (*rider*) akan berlaku pada tanggal penagihan biaya asuransi terdekat.
7. Telah mengerti dan memahami bahwa perubahan Uang Pertanggungan dan/atau perubahan Premi akan memengaruhi *Loyalty Bonus* atau jenis bonus lainnya (jika ada) sesuai dengan fitur dan ketentuan yang berlaku pada masing-masing produk.
8. Telah memahami akan kewajiban Saya dalam bertindak dengan itikad terbaik (*utmost good faith*) dalam setiap pengajuan Formulir Perubahan Polis. Oleh karena itu, Saya memahami bahwa Saya wajib mengungkapkan secara benar dan lengkap seluruh fakta material, yaitu data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan, dan fakta ("Informasi Konsumen") yang dapat mempengaruhi pertimbangan Generali Indonesia sebagai "Penanggung" dalam menerima atau menolak pengajuan tersebut dan/atau menetapkan jumlah Premi.
9. Akan menjamin bahwa seluruh Informasi Konsumen yang disampaikan dalam formulir Perubahan Polis ini, serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang dipersyaratkan oleh Penanggung ("Dokumen Permohonan") sebagai bagian dari pengajuan Formulir Perubahan Polis adalah lengkap, benar, akurat, terkini, sesuai dengan kenyataan 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 sebenarnya dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya, atau terdapat suatu Informasi Konsumen yang saya sembunyikan, dengan menandatangani Formulir Perubahan Polis ini, Saya **SEPAKAT DAN MENYETUJUI** jika Generali Indonesia melakukan hal-hal berikut:
 - a. Menolak setiap Klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh maupun sebagian Manfaat Asuransi;
 - b. Membatalkan Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada Asuransi atau Pertanggungan baik dasar maupun Tambahan dengan pengembalian Premi atau Biaya asuransi dari Asuransi atau Polis dasar maupun tambahan yang telah dibayarkan setelah dikurangi dengan biaya pemeriksaan kesehatan, Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan, serta biaya yang timbul pada saat penerbitan Polis (jika ada);
 - c. Mengakhiri Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada asuransi maupun pertanggungan 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 Generali Indonesia hanya akan membayarkan Nilai Tunai (jika ada).
 - d. Melakukan penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), dan menambahkan syarat dan ketentuan tambahan dalam Polis Asuransi baik dasar maupun 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 maupun Biaya Asuransi dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), jumlah Premi dan/atau Biaya Asuransi yang harus dibayarkan lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. Generali Indonesia juga berhak untuk melakukan *set-off* atas kekurangan pembayaran tersebut dengan nilai tunai yang ada dalam Polis (jika ada) dan/atau Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan. Atas hal tersebut, Saya wajib membayarkan kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi (jika ada).
10. Sehubungan dengan klausul pembatalan atau pengakhiran Polis sebagaimana disebutkan di atas, Saya/Kami dengan ini menegaskan bahwa:
 - a. Penandatanganan Formulir Perubahan Polis ini merupakan persetujuan Saya/Kami atas pembatalan atau pengakhiran Polis oleh Generali Indonesia dalam hal terjadi hal-hal yang telah disebutkan pada butir (9) di atas; dan
 - b. Saya/Kami setuju untuk mengesampingkan ketentuan Pasal 1266 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata dan/atau ketentuan peraturan perundang-undangan lainnya yang mempersyaratkan pengakhiran atau pembatalan Polis harus didasarkan pada putusan pengadilan.
11. Akan menjamin, membebaskan, dan membela Generali Indonesia, termasuk para Komisaris, Direksi, pemegang saham, dan karyawan dari setiap tuntutan dan/atau gugatan kerugian, pengeluaran dan ketidaknyamanan yang mungkin timbul dari siapapun juga, termasuk dari Saya/Kami, sehubungan dengan perubahan yang menggantikan harga unit pada hari kerja berikutnya (H+1).

***Menutup kekurangan pembayaran dengan manfaat yang akan diterima oleh Penerima Manfaat

TANDA TANGAN PEMEGANG POLIS

Ditandatangani di:

Tempat

Waktu

tgl

bln

thn

UNTUK SEMUA PERUBAHAN POLIS

Pemegang Polis	Tenaga Pemasar
(Nama Jelas dan Tanda tangan)	(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

Tertanggung Tambahan II

Tertanggung Tambahan III

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 Jelas dan Tanda Tangan)

Dicek pada

tgl bln thn

Oleh:

(Nama Jelas dan Tanda Tangan)