



FORMULIR PERUBAHAN POLIS (A3)

- Mohon mengisi dengan menggunakan tinta hitam, huruf cetak, jelas dan memberi tanda ✓ pada kotak jawaban yang sesuai
- Jika terjadi salah pengisian, harap dicoret dan ditandatangani Pemegang Polis di sebelahnya sesuai dengan kartu identitas yang berlaku.
- Wajib melampirkan fotokopi e-KTP untuk semua perubahan dan transaksi yang diajukan.
- Untuk mempercepat proses pengajuan Anda, harap menandatangani dan mengisi formulir ini secara lengkap dan menyertakan seluruh persyaratan yang tertera pada formulir ini.

DATA POLIS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini adalah Pemegang Polis dengan data sebagai berikut :

Form fields for Nomor Polis, Nama Pemegang Polis, Telepon, and NIK with corresponding input boxes.

Wajib diisi : Apakah anda memiliki kewajiban untuk membayar pajak atau mengirimkan formulir pajak anda ke Negara lain selain di Indonesia ?

Form fields for Yes (Ya) and No (Tidak) checkboxes.

Jika Ya, mohon disebutkan nama - nama negaranya : .....

Isi dan beri tanda ✓ sesuai dengan transaksi yang diinginkan

PERUBAHAN PREMI, UANG PERTANGGUNGAN DAN ASURANSI TAMBAHAN

- 1. Perubahan Jumlah Premi Berkala menjadi Rp. [input box]
- Perubahan Jumlah Premi Berkala berpengaruh terhadap besarnya Uang Pertanggungan (min. Uang Pertanggungan 5 x jumlah Premi Berkala)
2. Perubahan Jumlah Premi Top - Up Berkala menjadi Rp. [input box]
3. Perubahan Uang pertanggungan dan/atau Asuransi Tambahan

Table with 3 columns: No, Dari, Menjadi

Table with 3 main columns: Asuransi Tambahan\*, Masa Asuransi (Tahunan), and Uang Pertanggungan. Includes various insurance options like COMM ADB, COMM Disability, etc.

\* Khusus untuk Unit Link Berkala

\*\* ) Lingkari sesuai dengan pilihan paket / plan yang diambil

**DATA POLIS**

Nomor Polis :

**DATA TERTANGGUNG**

1. Nama Lengkap  2. Tinggi & Berat  Cm  Kg

3. Jenis Kelamin  L  P 4. Status  Kawin  Belum Kawin  Cerai 5. Hub. dgn Tertanggung

6. Tanggal Lahir/Umur

Tanggal	Bulan	Tahun	Umur	Tempat Lahir
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

7. No. Kartu Identitas Diri/NIK (KTP/Paspor/SIU) coret yang tidak sesuai (WNI wajib mengisi dengan NIK atau WNA wajib mengisi no. Paspor)

8. Alamat Rumah  
  
 Kode Pos   
 No. Telp.  -  No. HP  -   
 E-mail :

9. Alamat Kantor  
  
 Kode Pos   
 No. Telp.  -  No. HP  -   
 E-mail :

10. Pekerjaan/Jabatan  
 (jelaskan secara rinci)

11. Nama Perusahaan/Instansi/Lembaga

12. Bidang Usaha

**DATA PEMBAYAR POLIS (diisi bila berbeda dengan Tertanggung)**

1. Nama Lengkap  2. Tinggi & Berat  Cm  Kg

3. Jenis Kelamin  L  P 4. Status  Kawin  Belum Kawin  Cerai 5. Hub. dgn Tertanggung

6. Tanggal Lahir/Umur

Tanggal	Bulan	Tahun	Umur	Tempat Lahir
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

7. No. Kartu Identitas Diri/NIK (KTP/Paspor/SIU) coret yang tidak sesuai (WNI wajib mengisi dengan NIK atau WNA wajib mengisi no. Paspor)

8. Alamat Rumah  
  
 Kode Pos   
 No. Telp.  -  No. HP  -   
 E-mail :

9. Alamat Kantor  
  
 Kode Pos   
 No. Telp.  -  No. HP  -   
 E-mail :

10. Pekerjaan/Jabatan  
 (jelaskan secara rinci)

11. Nama Perusahaan/Instansi/Lembaga

12. Bidang Usaha

13. a. Penghasilan Tetap per tahun  < Rp. 25 juta  ≥ Rp. 25 juta - < 50 juta  ≥ Rp. 50 juta - < 100 juta  
 ≥ Rp. 100 juta - < 250 juta  ≥ Rp. 250 juta - < 500 juta  ≥ Rp. 500 juta

b. Sumber Penghasilan  Hasil Usaha  Hasil Investasi  Warisan  Gaji  Lainnya

14. a. Penghasilan Lainnya  Ada  Tidak Ada  
 Bila ada (per tahun)  < Rp. 25 juta  ≥ Rp. 25 juta - < 50 juta  ≥ Rp. 50 juta - < 100 juta  
 ≥ Rp. 100 juta - < 250 juta  ≥ Rp. 250 juta - < 500 juta  ≥ Rp. 500 juta

b. Sumber Penghasilan  Hasil Usaha  Hasil Investasi  Warisan  Orang tua/Suami/Istri/Anak  Lainnya

**DATA POLIS**

Nomor Polis :

15. Sumber Dana untuk Pembayaran Premi<sup>1</sup>  
 Gaji     Komisi/Honor     Warisan     Hasil Usaha     Hasil Investasi     Beneficial Owner<sup>2</sup>  
 Orang Tua/Anak/Suami/Istri/Kakak/Adik/Paman/Bibi/Kakek/Nenek<sup>2</sup>     Lainnya \_\_\_\_\_

16 NPWP Pribadi     Tidak Ada     Ada, Nomor

17. Rekening yang dimiliki saat ini<sup>3</sup>  
 Bank  Cabang  No. Rek   
 Bank  Cabang  No. Rek

<sup>1</sup> Dapat dipilih lebih dari satu    <sup>2</sup> Wajib mengisi Data Beneficial Owner    <sup>3</sup> Nama pemilik rekening harus sesuai dengan nama Pembayar Premi

**DATA CALON TERTANGGUNG TAMBAHAN 1 (diisi bila ada Tertanggung Tambahan)**

1. Nama Lengkap     2. Tinggi & Berat  Cm  Kg  
 3. Jenis Kelamin  L  P    4. Status  Kawin     Belum Kawin     Cerai

5. Tanggal Lahir/Umur

Tanggal	Bulan	Tahun	Umur	Tempat Lahir
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6. Hubungan dengan Tertanggung Utama  Orang Tua     Suami/Istri     Anak     Saudara Kandung     Lainnya \_\_\_\_\_  
 7. Hubungan dengan Pemegang Polis  Orang Tua     Suami/Istri     Anak     Saudara Kandung     Lainnya \_\_\_\_\_  
 8. Pekerjaan / Jabatan   
*(jelaskan secara rinci)*

**DATA CALON TERTANGGUNG TAMBAHAN 2 (diisi bila ada Tertanggung Tambahan)**

1. Nama Lengkap     2. Tinggi & Berat  Cm  Kg  
 3. Jenis Kelamin  L  P    4. Status  Kawin     Belum Kawin     Cerai

5. Tanggal Lahir/Umur

Tanggal	Bulan	Tahun	Umur	Tempat Lahir
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6. Hubungan dengan Tertanggung Utama  Orang Tua     Suami/Istri     Anak     Saudara Kandung     Lainnya \_\_\_\_\_  
 7. Hubungan dengan Pemegang Polis  Orang Tua     Suami/Istri     Anak     Saudara Kandung     Lainnya \_\_\_\_\_  
 8. Pekerjaan / Jabatan   
*(jelaskan secara rinci)*

**DATA CALON TERTANGGUNG TAMBAHAN 3 (diisi bila ada Tertanggung Tambahan)**

1. Nama Lengkap     2. Tinggi & Berat  Cm  Kg  
 3. Jenis Kelamin  L  P    4. Status  Kawin     Belum Kawin     Cerai

5. Tanggal Lahir/Umur

Tanggal	Bulan	Tahun	Umur	Tempat Lahir
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6. Hubungan dengan Tertanggung Utama  Orang Tua     Suami/Istri     Anak     Saudara Kandung     Lainnya \_\_\_\_\_  
 7. Hubungan dengan Pemegang Polis  Orang Tua     Suami/Istri     Anak     Saudara Kandung     Lainnya \_\_\_\_\_  
 8. Pekerjaan / Jabatan   
*(jelaskan secara rinci)*

**DATA CALON TERTANGGUNG TAMBAHAN 4 (diisi bila ada Tertanggung Tambahan)**

1. Nama Lengkap     2. Tinggi & Berat  Cm  Kg  
 3. Jenis Kelamin  L  P    4. Status  Kawin     Belum Kawin     Cerai

5. Tanggal Lahir/Umur

Tanggal	Bulan	Tahun	Umur	Tempat Lahir
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6. Hubungan dengan Tertanggung Utama  Orang Tua     Suami/Istri     Anak     Saudara Kandung     Lainnya \_\_\_\_\_  
 7. Hubungan dengan Pemegang Polis  Orang Tua     Suami/Istri     Anak     Saudara Kandung     Lainnya \_\_\_\_\_  
 8. Pekerjaan / Jabatan   
*(jelaskan secara rinci)*



**DATA POLIS**

Nomor Polis :

(Untuk setiap jawaban "Ya" (mulai No. 6 s/d 14, mohon jelaskan pada formulir tambahan)	Tertanggung Utama		Pemegang Polis		Calon Tertanggung Tambahan 1		Calon Tertanggung Tambahan 2		Calon Tertanggung Tambahan 3		Calon Tertanggung Tambahan 4	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak
6. Apakah Anda (atau Calon Tertanggung lain) pernah/ sedang mengalami penyakit-penyakit atau gangguan dibawah ini :												
a. Gangguan Mata? Radang? Gangguan penglihatan (plus, minus, silinder, penyakit lainnya)? Tuliskan ukuran/derajatnya .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Gangguan Telinga? Cairan Telinga atau kurang pendengarannya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Gangguan hidung? Polip? Aleri? dll .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**KETERANGAN UNDERWRITING YANG HARUS DILENGKAPI OLEH CALON TERTANGGUNG UTAMA/ PEMEGANG POLIS / TERTANGGUNG TAMBAHAN**

	Tertanggung Utama		Pemegang Polis		Calon Tertanggung Tambahan 1		Calon Tertanggung Tambahan 2		Calon Tertanggung Tambahan 3		Calon Tertanggung Tambahan 4	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak
d. Sakit kepala, tidak bisa tidur, Vertigo, pingsan, epilepsi, lumpuh pada bagian badan tertentu, gangguan psikis, depresi atau gangguan sistem syaraf lainnya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Nadi tidak teratur, penyempitan pembuluh darah, kolaps, nyeri dada, gangguan jantung, tekanan darah tinggi, radang pembuluh darah, varises, atau gangguan jantung dan pembuluh darah lain ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Serak kronik, asma, bronkitis kronik, batuk darah, radang paru-paru, cairan pada paru, TBC, atau gangguan pernafasan lainnya ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Gangguan perut atau usus, tukak lambung (maag), muntah darah, penyakit hati atau kuning, empedu, pendarahan, fistula anal atau rectal, atau gangguan sistem pencernaan lainnya ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Gangguan tulang atau persendian, reumatik, gangguan tulang belakang, perkapuran, nyeri pada tulang belakang bagian pinggang, kelainan bentuk tulang belakang ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Gangguan kulit, eksim, kurap, kudis, lepra, dll?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Pembengkakan kelenjar? Bernanah? (dibagian tubuh tertentu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Gangguan ginjal, saluran kemih, kandung kemih atau prostat, kencing keruh, berdarah, kencing manis, lendir, atau pasir dalam urine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Penyakit kelamin (GO, Siphilis, Radang, dll)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Penyakit menular (demam, gangguan tenggorokan berulang, demam tipus, hepatitis, infeksi HIV seperti AIDS dan penyakit yang berhubungan dengan AIDS, radang selaput otak dll), atau penyakit tropis (malaria, dll)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Penyakit apapun yang tidak disebutkan di atas (misal penyakit-penyakit darah, gout, hernia, gondok, tumor, kanker, kelainan otot berupa mengecilnya otot bagian tertentu, lumpuh, cacat tubuh dan lain-lain)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Apakah Anda pernah mengunjungi dokter/ spesialis (kecuali untuk pemeriksaan rutin), dar/ atau dirawat di rumah sakit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A3/AG/04/IV/2018/IST

**DATA POLIS**

Nomor Polis :

**KETERANGAN UNDERWRITING YANG HARUS DILENGKAPI OLEH CALON TERTANGGUNG UTAMA/ PEMEGANG POLIS / TERTANGGUNG TAMBAHAN**

	Tertanggung Utama		Pemegang Polis		Calon Tertanggung Tambahan 1		Calon Tertanggung Tambahan 2		Calon Tertanggung Tambahan 3		Calon Tertanggung Tambahan 4	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak
8. Apakah Anda meminum obat-obatan tertentu atau menerima suntikan atau pengobatan radiasi (sinar X atau bahan radio aktif) untuk waktu tertentu? Jika "Ya" kapan dan mengapa?..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Apakah Anda pernah mengalami pemeriksaan radiologi (misalnya foto sinar X, saluran pencernaan, organ saluran kemih/ginjal, tengkorak) atau mengalami pemeriksaan elektrokardiogram (EKG) atau elektro-encephalogram (EEG) atau CT Scan? Jika "Ya" kapan dan mengapa?..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Apakah ada resiko, bahaya atau situasi khusus yang mungkin dianggap berbahaya sehubungan dengan pekerjaan, kegemaran atau aktivitas waktu luang Anda? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Pernah atau berencana untuk ikut serta dalam olahraga atau hobby yang berbahaya seperti balap mobil, balap motor, sky diving dan lain-lain? Jika "Ya, supaya dirinci dan lengkapi kuesioner yang diperlukan..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Apakah Anda melakukan/akan melakukan penerbangan sebagai pilot/awak pesawat/ penumpang pada non schedule flight? Jika "Ya", lengkapi kuesioner aviasi. .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**KHUSUS UNTUK CALON TERTANGGUNG WANITA**

	Tertanggung Utama		Pemegang Polis		Calon Tertanggung Tambahan 1		Calon Tertanggung Tambahan 2		Calon Tertanggung Tambahan 3		Calon Tertanggung Tambahan 4		Jika "Ya" Jelaskan dengan lengkap diagnosa, lama perawatan, tanggal perawatan serta nama dan alamat Dokter / Rumah Sakit yang merawat.
	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	
13. a. Apakah Anda sedang hamil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Apakah pernah bersalin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Pernahkah ada kelainan waktu bersalin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	Tertanggung Utama		Pemegang Polis		Calon Tertanggung Tambahan 1		Calon Tertanggung Tambahan 2		Calon Tertanggung Tambahan 3		Calon Tertanggung Tambahan 4	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak
14. Apakah Anda sedang menderita atau pernah menderita gangguan organ tubuh wanita (misalnya buah dada, rahim, indung telur), atau gangguan haid yang abnormal, tanpa mempertimbangkan apakah ada pengobatan yang diterima?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AS/AG/04/IV/2018/IST

**DATA POLIS**

Nomor Polis :

**KEBIASAAN MEROKOK CALON TERTANGGUNG / PEMEGANG POLIS / TERTANGGUNG TAMBAHAN**

	Tertanggung Utama		Pemegang Polis		Calon Tertanggung Tambahan 1		Calon Tertanggung Tambahan 2		Calon Tertanggung Tambahan 3		Calon Tertanggung Tambahan 4	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak
15. a. Apakah Anda merokok dalam 12 (dua belas) bulan terakhir ini ? Jika "Ya", sebutkan jenis dan jumlah per hari?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Apakah Anda pernah disarankan oleh Dokter untuk berhenti merokok? Jika "Ya", mengapa?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Apakah Anda pernah mendapatkan pengobatan sehubungan dengan merokok ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PERNYATAAN DAN KUASA (harap dibaca dengan teliti sebelum menandatangani Formulir Perubahan Polis ini)**

Pemegang Polis, Calon Tertanggung, Calon Tertanggung Tambahan, Pembayar Premi (selanjutnya disebut : \*Pemberi Pernyataan" / "Pemberi Kuasa") dengan ini menyatakan :

- Telah membaca, mengerti, menjawab serta mengisi dengan benar dan lengkap semua pertanyaan dan keterangan yang tercantum dalam Formulir Perubahan Polis ini;
- Setuju bahwa apabila jawaban Pemberi Pernyataan dalam Formulir Perubahan Polis ini tidak benar maka PT Commonwealth Life (selanjutnya disebut "Penanggung") berhak untuk membatalkan Pertanggung sesuai dengan ketentuan yang berlaku dalam Polis;
- Setuju bahwa tidak ada keterangan atau informasi lain mengenai diri Pemberi Pernyataan kecuali informasi dan keterangan tersebut diberikan secara tertulis dan disahkan oleh Penanggung;
- Bersedia memberikan informasi kepada Penanggung apabila terdapat perubahan data dan keterangan dalam Formulir Perubahan Polis ini;
- Setuju bahwa Perubahan Polis yang diajukan akan diproses apabila PT Commonwealth Life telah menerima Formulir Perubahan Polis beserta Premi (jika ada) dan kelengkapan dokumen yang diperlukan serta biaya yang telah ditentukan (jika ada);
- Memberi kuasa kepada tenaga medis / dokter / rumah sakit / klinik / laboratorium / badan usaha atau perorangan, untuk melakukan pemeriksaan kesehatan, menganalisa, mengevaluasi kondisi kesehatan atas Pemberi Kuasa yang diperlukan sehubungan dengan permohonan perubahan Polis ini dan klaim apapun yang mungkin timbul di kemudian hari untuk mengungkapkan semua keterangan yang berhubungan dengan catatan riwayat kesehatan atau pengobatan Pemberi kuasa kepada Penanggung atau orang yang mewakilinya;
- Memberi persetujuan dan kuasa kepada Penanggung untuk menggunakan dan/atau memberikan data/atau informasi mengenai Pemberi Kuasa yang tersedia, yang diperoleh atau disimpan oleh Penanggung melalui lembaga keuangan yang berwenang atau otoritas pajak Indonesia kepada pihak/otoritas terkait yang berwenang baik didalam ataupun diluar negeri dan kepada pihak-pihak lain (termasuk tetapi tidak terbatas pada perusahaan Reasuransi, Asuransi, Lembaga Bank, dan/atau Badan hukum lain baik didalam Negeri maupun diluar negeri) yang memiliki hubungan kerjasama dengan Penanggung untuk keperluan namun tidak terbatas pada pembayaran klaim, pelayanan Nasabah, maupun penawaran produk lainnya kepada Pemberi Kuasa";
- Apabila diperlukan bersedia dihubungi oleh PT Commonwealth Life melalui media telepon/SMS/e-mail, media lain, termasuk dan tidak terbatas pada jam layanan **CommCenter** PT Commonwealth Life;
- Menyetujui segala informasi yang tertera pada Formulir Perubahan Polis berikut akan digunakan sebagai pengkinian data di PT Commonwealth Life.

**PERHATIAN**

- Tandatangani Formulir Perubahan Polis ini setelah Anda yakin bahwa Anda sudah memberikan jawaban lengkap dan yang sebenarnya.
- Jangan menandatangani Formulir Perubahan Polis dalam keadaan kosong.
- Tanda Tangan **HARUS** sesuai Kartu Identitas yang dilampirkan dan akan menjadi spesimen Tanda Tangan Anda di kemudian hari.

Ditanda tangani di : ..... Tanggal ..... / ..... / .....  
Tanggal Bulan Tahun

Tanda Tangan Tertanggung  ( ..... ) Nama Jelas	Tanda Tangan Pemegang Polis (Jika berbeda dengan Calon Tertanggung)  ( ..... ) Nama Jelas	Tanda Tangan Calon Tertanggung Tambahan (Untuk Asuransi Tambahan <b>COMM Spouse</b> atau <b>COMM Payor Plus</b> )  ( ..... ) Nama Jelas	Tanda Tangan CRO / ADH/ IC  ( ..... ) Nama Jelas
---	---	---	---