

# FORMULIR

## Perubahan Polis Non Unit Link

- > Mohon mengisi dengan LENGKAP dan JELAS, dengan menggunakan tinta hitam dan huruf cetak.
- > Beri tanda "✓" pada kotak jawaban yang sesuai.
- > Mohon tidak menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong dan pastikan semua kolom telah diisi dengan lengkap sebelum menandatangani.
- > Jika terjadi salah penulisan, jangan dihapus tetapi dicoret dan bubuhkan tanda tangan Calon Pemegang Polis di sebelahnya.

**Saya yang bertanda tangan di bawah ini:**

Nama Pemegang Polis

No. KTP/SIM/Paspor  (Fotokopi dilampirkan)

Tempat/Tanggal Lahir  /  -  -

Jenis Kelamin  Pria  Wanita Kewarganegaraan :  WNI  WNA \_\_\_\_\_  
(Sebutkan Nama Negara)

Nomor Polis

Nama Produk

Alamat Surat Menyurat

Kota  Kode Pos

No. Telepon  
Rumah  -   
Kantor  -   
Handphone  -

Alamat E-mail

**JENIS PERUBAHAN:**

**1. Perubahan Cara Pembayaran Premi**

Lama :  Tahunan  Semesteran  Kwartalan  Bulanan  
 Baru :  Tahunan  Semesteran  Kwartalan  Bulanan

**2. Perubahan Alamat Pemegang Polis untuk surat-menyurat**

Alamat Surat Menyurat

Kota  Kode Pos

No. Telepon  
Rumah  -   
Kantor  -   
Handphone  -

**3. Perubahan/Koreksi Data Tertanggung**

Data Tertanggung sebelum perubahan

Tertanggung	Nama	Tanggal Lahir	Jenis Kelamin
Pemegang Polis			
Pasangan			
Anak 1			
Anak 2			
Anak 3			

Data Tertanggung sesudah perubahan

Tertanggung	Nama	Tanggal Lahir	Jenis Kelamin
Pemegang Polis			
Pasangan			
Anak 1			
Anak 2			
Anak 3			

**4. Perubahan/Pengurangan/Penambahan/Koreksi Menerima Manfaat\***

Data Tertanggung sebelum perubahan

Penerima Manfaat	Nama	%	Hubungan dengan Pemegang Polis	Tanggal Lahir
Ahli Waris 1				
Ahli Waris 2				
Ahli Waris 3				
Ahli Waris 4				
Ahli Waris 5				

Data Tertanggung setelah perubahan

Penerima Manfaat	Nama	%	Hubungan dengan Pemegang Polis	Tanggal Lahir
Ahli Waris 1				
Ahli Waris 2				
Ahli Waris 3				
Ahli Waris 4				
Ahli Waris 5				

\*) Penerima Manfaat harus anggota keluarga yang memiliki hubungan darah dan sah sesuai hukum.

**5. Perubahan Plan/ Uang Pertanggung\*\*)**

Plan/Uang Pertanggung (Lama) :

Plan/Uang Pertanggung (Baru) :

\*\*\*) Hanya dapat dilakukan untuk beberapa jenis Produk Asuransi dengan melampirkan formulir pernyataan kesehatan dan dokumen pendukung lainnya.

## 6. Perubahan Nomor Tabungan / Nomor Kartu Kredit/ Virtual Account/ Payment Gateway

Kartu Kredit    Rekening    Virtual Account    Payment Gateway

### LAMA

Nomor Rekening:

Kartu Kredit:

Exp.  /

Virtual Account:

No.Payment Gateway:

### BARU

Nomor Rekening :

Kartu Kredit :

Exp.  /

Virtual Account :

No.Payment Gateway:

## 7. Pembatalan Polis

Dengan ini mengajukan permohonan pembatalan polis yang tercantum di atas.

Alasan Pembatalan Polis	
Dokumen yang dilampirkan	1. Polis Asli Asuransi Jiwa 2. Copy Kartu Identitas Diri (KTP/SIM)

Informasi Rekening untuk pembayaran nilai tebus (jika ada)

Nama Bank :

Cabang :

Nomor Rekening\*\* :  (Rp/USD)\*

Atas Nama\*\* :

### PERNYATAAN KEDUDUKAN WAJIB PAJAK INDIVIDU

(hanya diisi untuk pembatalan Polis Asuransi Jiwa, dengan nilai tebus (jika ada))

#### A. Apakah Pemegang Polis adalah warga negara atau penduduk di negara selain Indonesia?

Ya    Tidak

(Jika Ya, lanjutkan ke pertanyaan huruf B. Jika Tidak, maka pertanyaan huruf B sampai dengan huruf D tidak perlu diisi)

#### B. Apakah Pemegang Polis adalah wajib pajak\*\*\* di negara selain Indonesia?

Ya    Tidak

Jika Ya, mohon lengkapi pertanyaan huruf C.

Jika Tidak, maka pertanyaan huruf C sampai dengan huruf D tidak perlu diisi.

Jika Tidak tetapi Pemegang Polis memiliki informasi sebagai berikut:

- Identitas sebagai penduduk di negara selain Indonesia
- Kewarganegaraan di negara selain Indonesia
- Alamat terkini di negara selain Indonesia
- Nomor telepon di negara selain Indonesia
- Rekening di negara selain Indonesia

Mohon memberikan penjelasan alasan Pemegang Polis memenuhi salah satu atau lebih huruf **a - e** di atas, namun bukan merupakan wajib pajak<sup>\*)</sup> di negara selain Indonesia, pada kolom yang disediakan di bawah ini.

--

### C. Deklarasi CRS atas Domisili Wajib Pajak<sup>\*\*)</sup>

Mohon lengkapi tabel di bawah ini untuk menunjukkan (i) di mana negara tempat kedudukan perpajakan Pemegang Polis dan (ii) NPWP (Nomor Pokok Wajib Pajak) atau TIN (*Taxpayer Identification Number*) Pemegang Polis untuk setiap negara yang dicantumkan.

Jika Pemegang Polis merupakan wajib pajak<sup>\*)</sup> di lebih dari 3 negara, mohon untuk menggunakan lembar terpisah. Jika NPWP/TIN tidak tersedia mohon memberikan alasan memadai **A, B atau C sebagaimana tercantum di bawah ini.**

- Alasan A** - Negara di mana Pemegang Polis memiliki kewajiban untuk membayar pajak, tidak menerbitkan NPWP/TIN kepada penduduk.
- Alasan B** - Pemegang Polis tidak bisa menyediakan NPWP/TIN (jika Anda memilih alasan ini, mohon mencantumkan alasan tidak dapat menyediakan NPWP/TIN pada tabel dan kolom di bawah ini).
- Alasan C** - NPWP/TIN tidak diperlukan (catatan: alasan ini hanya boleh dipilih jika pihak otoritas dari negara wajib pajak<sup>)</sup> yang disebutkan tidak mengharuskan NPWP/TIN untuk diinformasikan)

Negara Wajib Pajak <sup>*)</sup>	NPWP/TIN	Bila tidak ada NPWP/TIN, sebutkan alasan A, B, atau C

Jika Anda memilih alasan B di atas, mohon jelaskan pada kolom di bawah ini mengapa Anda tidak bisa menyediakan NPWP/TIN.

1.	
2.	
3.	

### D. Pernyataan Deklarasi CRS atas Domisili Wajib Pajak<sup>\*\*)</sup>

Dengan menandatangani pernyataan di bawah ini dan/atau melengkapi atau mengajukan formulir ini, saya sebagai Pemegang Polis setuju bahwa:

- Saya menyetujui penggunaan informasi yang diberikan kepada Cigna dan saya akan memberikan kepada Cigna informasi yang Cigna minta dari waktu ke waktu dan mengizinkan Cigna untuk memberikan informasi tersebut kepada pihak berwenang lokal dan asing untuk memenuhi peraturan persyaratan hukum.
- Saya dengan ini melepaskan hak-hak yang mungkin saya miliki yang akan dapat mencegah Cigna untuk memenuhi ketentuan hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku di atas.
- Saya menyatakan di mana saya menyediakan informasi mengenai orang lain, bahwa saya akan, dalam 30 hari kalender sejak menandatangani formulir ini, akan memberitahukan orang yang saya berikan informasinya kepada Cigna dan informasi tersebut dapat diberikan kepada otoritas pajak Indonesia untuk dapat disampaikan kepada otoritas pajak negara selain Indonesia sesuai dengan perjanjian antara negara dalam hal pertukaran informasi rekening keuangan.

Dengan dibatalkannya Polis tersebut di atas, maka kewajiban PT Asuransi Cigna terhadap Saya, berdasarkan Polis tersebut, telah berakhir dan saya membebaskan PT Asuransi Cigna dari segala kewajiban-kewajiban yang berhubungan dengan Polis tersebut serta tidak akan mengajukan tuntutan-tuntutan dalam bentuk apapun di kemudian hari.

<sup>\*)</sup> Coret yang tidak perlu.

<sup>\*\*)</sup> Rekening Penerima selain Pemegang Polis terbatas hanya pada rekening atas nama-nama Tertanggung atau Penerima Manfaat yang tercantum dalam Polis dengan memberikan surat kuasa yang dibubuhi materai dan tanda tangan.

<sup>\*\*\*)</sup> Masing-masing yurisdiksi memiliki aturan tersendiri dalam menentukan domisili wajib pajak. Pada umumnya domisili wajib pajak adalah negara dimana tempat Anda tinggal. Kondisi tertentu (seperti sekolah di luar negeri, bekerja di luar negeri, atau perjalanan yang diperpanjang) dapat menyebabkan Anda menjadi wajib pajak negara lain atau menjadi wajib pajak di lebih dari satu Negara pada waktu yang bersamaan (wajib pajak berganda). Negara/negara-negara di mana Anda membayar pajak penghasilan mungkin menjadi Negara/Negara-negara domisili wajib pajak Anda. Untuk informasi lebih lanjut terkait domisili wajib pajak, mohon berkonsultasi dengan konsultan pajak Anda.

**Note:** Pembatalan akan diproses pada hari yang sama apabila seluruh dokumen telah lengkap diterima sebelum atau pada pukul 12.00 WIB. Apabila dokumen diterima setelah pukul 12.00 WIB maka proses pembatalan akan dilakukan pada hari kerja berikutnya.



## 10. Permohonan Pemulihan Polis (HIP, TL, PA, DD, ESC)

Silakan melengkapikan dan mentandatangani formulir permohonan pemulihan Polis berikut. Kirimkan kembali melalui faks atau pos ke alamat kami beserta fotokopi bukti transfer pembayaran tunggakan premi.

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Pemegang Polis																									
Nomor Polis																									
Nama Produk																									
Alamat Surat-menyurat																									
																						Kode Pos			
No. Telepon	Rumah				-																				
	Kantor				-																				
	Handphone				-																				

Dengan ini mengajukan permohonan pemulihan Polis sesuai data di atas dan menyatakan bahwa saya :

- Bersedia mengisi pertanyaan kesehatan (terlampir) dengan lengkap dan berdasarkan keadaan diri saya yang sebenarnya;
- Memahami dan menyetujui bahwa PT Asuransi Cigna berhak melakukan penilaian terhadap jawaban pertanyaan kesehatan yang saya berikan serta menerima atau menolak permohonan pemulihan Polis ini berdasarkan hasil penilaian tersebut; dan
- Menyetujui syarat dan ketentuan Pemulihan Polis seperti tercantum di bawah ini.

### SYARAT DAN KETENTUAN PEMULIHAN POLIS:

- Keterangan yang diberikan pada lembar pertanyaan kesehatan menjadi satu kesatuan dan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis.
- Seluruh Premi yang tertunggak sampai dengan tanggal diajukannya permohonan pemulihan Polis ini wajib untuk terlebih dahulu dibayar lunas dengan melampirkan *copy* bukti transfer pembayaran tunggakan premi tersebut ke :

**Bank : CIMB Niaga, Cab Thamrin**

**Nomor Rekening : 008.01.22839.00.0**

**Atas Nama : PT Asuransi Cigna**

- Perlindungan asuransi tidak akan berlaku sebelum PT Asuransi Cigna :
  - menyetujui keterangan yang diberikan pada lembar pertanyaan kesehatan; dan
  - menerima pembayaran seluruh premi yang tertunggak sampai dengan tanggal diajukannya permohonan pemulihan Polis ini.
- PT Asuransi Cigna akan mengirimkan surat persetujuan pemulihan Polis kepada Pemegang Polis sebagai bukti pengaktifan Polis dan dimulainya kembali perlindungan asuransi atas diri nasabah.
- Khusus untuk Polis yang memiliki Santunan Harian Rawat Inap maka batasan klaim manfaat asuransi yang diberlakukan kembali dalam pemulihan Polis ini hanya mencakup :
  - Perawatan rumah sakit karena cedera tubuh akibat kecelakaan yang terjadi setelah tanggal persetujuan pemulihan Polis.
  - Perawatan rumah sakit karena penyakit baru akan diberikan jika penyakit tersebut timbul dalam waktu 60 (enam puluh) hari setelah tanggal persetujuan pemulihan Polis. (butir (a) dan b) di atas hanya berlaku apabila Polis yang dipulihkan adalah Polis Hospin)
- Pemulihan Polis hanya boleh dilakukan 1 (satu) kali. Apabila setelah disetujuinya pemulihan Polis tersebut di atas, pendebitan premi terhadap Kartu Kredit Rekening yang ditunjuk tidak berhasil dilakukan selama 3 (tiga) bulan berturut-turut, maka Polis akan dibatalkan dan selanjutnya tidak dapat dipulihkan kembali.
- Premi berikutnya atas Polis yang dipulihkan akan didebet dari Kartu Kredit\*/Rekening sesuai data di bawah ini:

#### Bila pendebitan melalui Kartu Kredit

Nomor Kartu Kredit																								
Jenis Kartu	Visa/Master (mohon dicoret yang tidak perlu)												Masa Berlaku Kartu			/			s/d			/		
Bank Penerbit Kartu																								

#### Bila pendebitan melalui Rekening Bank

Nomor Rekening																								
Bank																								

\*Untuk produk asuransi tertentu, perubahan dari Kartu Kredit terdahulu ke Kartu Kredit baru milik penerbit kartu lainnya tidak diperbolehkan

- Apabila permohonan pemulihan Polis ini tidak disetujui, maka premi akan dikembalikan ke rekening/kartu kredit tersebut di atas.

## 11. Pertanyaan Kesehatan

Jika diperlukan, mohon mengisi formulir di bawah ini selengkap-lengkapnyanya. Beri tanda “ ✓ ”.

NO.	PERTANYAAN KESEHATAN	TERTANGGUNG UTAMA		PASANGAN	
		YA	TIDAK	YA	TIDAK
1.	Mohon untuk menuliskan Tinggi Badan (TB) dan Berat Badan (BB) Anda.	TB: _____ cm	BB: _____ cm	TB: _____ cm	BB: _____ cm
2.	Apakah terdapat perubahan Berat Badan dalam 12 bulan terakhir ini ? Jika “Ya”, mohon jelaskan _____ _____				
3.	Apakah Anda sedang, direncanakan atau dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan kesehatan atau berkonsultasi dengan Dokter Anda sehubungan dengan kondisi kesehatan Anda dalam 6 bulan ke depan? _____ _____				
4.	Apakah ada anggota keluarga Anda (ayah,ibu,adik, kakak) yang menderita Penyakit Jantung, Kanker dan/ atau stroke, sebelum mencapai usia 60 tahun? _____ _____				
5.	Apakah Anda pernah, sedang, direncanakan atau dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan kesehatan, pengobatan rutin, dalam pengawasan Dokter atau menjalani perawatan rumah sakit atau operasi/ pembedahan? _____ _____ _____  <small>(Daftar Pertanyaan Penyakit : Penyakit Jantung, Stroke/Kelainan Pembuluh Darah Otak, Kelainan Hormonal, Darah Tinggi, Gangguan Hati dan/ Empedu, Asma, Kencing Manis, Kelainan Ginjal dan/atau Saluran Kemih, TBC, Epilepsi, Kelainan Tulang dan/ Sendi, AIDS dan HIV, Kanker/Tumor, Kelainan Darah dan/atau Pembuluh Darah, Kelainan Bawaan, Nyeri Dada, Saluran Pernapasan, gangguan mental atau kecemasan berlebihan, gangguan di usus besar, Hamil dan penyakit atau kondisi lain yang tidak disebutkan di atas).</small>				
6.	Apakah Anda merokok ? Jika “Ya” dalam 1 hari _____ batang				
7.	Apakah Anda sedang hamil sekarang? Jika “Ya”, berapa minggu? _____				

**Bila Anda menyertakan Anak dalam Polis Anda, mohon tambahkan jawaban pada kolom pertanyaan di bawah ini: Mohon tuliskan nama anak pada kolom kosong diatas kolom “Ya” dan “Tidak”.**

NO.	PERTANYAAN KESEHATAN	(DIISI NAMA ANAK)		(DIISI NAMA ANAK)		(DIISI NAMA ANAK)	
		YA	TIDAK	YA	TIDAK	YA	TIDAK
1.	Mohon untuk menuliskan Tinggi Badan (TB) dan Berat Badan (BB) Anda.	TB: ____ cm	BB: ____ cm	TB: ____ cm	BB: ____ cm	TB: ____ cm	BB: ____ cm
2.	Apakah terdapat perubahan Berat Badan dalam 12 bulan terakhir ini ? Jika “Ya”, mohon jelaskan _____ _____						
3.	Apakah Anda sedang, direncanakan atau dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan kesehatan atau berkonsultasi dengan Dokter Anda sehubungan dengan kondisi kesehatan Anda dalam 6 bulan ke depan? _____ _____						
4.	Apakah ada anggota keluarga Anda (ayah, ibu, adik, kakak) yang menderita Penyakit Jantung, Kanker dan atau Stroke, sebelum mencapai usia 60 tahun ? _____						
5.	Apakah Anda pernah, sedang, direncanakan atau dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan kesehatan, pengobatan rutin, dalam pengawasan Dokter atau menjalani perawatan rumah sakit atau operasi/pembedahan? _____ _____ _____ _____  <small>(Daftar Pertanyaan Penyakit : Penyakit Jantung, Stroke/Kelainan Pembuluh Darah Otak, Kelainan Hormonal, Darah Tinggi, Gangguan Hati dan/ Empedu, Asma, Kencing Manis, Kelainan Ginjal dan/atau Saluran Kemih, TBC, Epilepsi, Kelainan Tulang dan/ Sendi, AIDS dan HIV, Kanker/Tumor, Kelainan Darah dan/atau Pembuluh Darah, Kelainan Bawaan, Nyeri Dada, Saluran Pernapasan, gangguan mental atau kecemasan berlebihan, gangguan di usus besar, Hamil dan penyakit atau kondisi lain yang tidak disebutkan di atas).</small>						
6.	Apakah Anda merokok ? Jika “Ya” dalam 1 hari _____ batang						
7.	Apakah Anda sedang hamil sekarang? Jika “Ya”, berapa minggu? _____						



