

FORMULIR

Pengajuan Perubahan Transaksi Unit Link

- > Mohon mengisi dengan LENGKAP dan JELAS, dengan menggunakan tinta hitam dan huruf cetak.
- > 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.

REFERENSI FORMULIR PERUBAHAN

1. Perubahan Cara Pembayaran Premi
2. Perubahan Alamat Pemegang Polis untuk surat menyurat
3. Perubahan Nomor Pendebetn
4. Perubahan Data Pertanggungungan dan Premi Asuransi Dasar
5. Penambahan Dana Investasi/Simpanan Sukarela/TOP UP
6. Penarikan sebagian/Partial Withdrawal
7. Pembatalan Polis
8. Pemindahan Dana Investasi Terakumulasi/Switching
9. Perubahan Alokasi Jenis Dana Baru/Splitting
10. Perubahan Lain - lain
11. Pertanyaan Kesehatan (Jika Diperlukan)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini

Nama :

No. KTP/SIM/Paspor : (Fotokopi dilampirkan)

Tempat/Tanggal Lahir : / - -

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

Nomor Polis Asuransi :

Alamat (saat ini) :

 Kota

Nomor Telepon :
Rumah -
Kantor -
Handphone -

Alamat Email :

Sumber Dana :

Status : Hasil Usaha Hasil Investasi Gaji Warisan Lainnya, _____

Jumlah Penghasilan/Tahun : Rp

Mengajukan Perubahan Transaksi sebagai berikut:

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 :

Rumah -

Nomor Telepon Kantor -

Handphone -

3. 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 :

Payment Gateway :

Baru

Nomor Rekening :

Kartu Kredit : Exp:

Virtual Account :

Payment Gateway :

4. Perubahan Data Pertanggungan dan Premi Asuransi Dasar

Perubahan Uang Pertanggungan (UP) Perubahan Premi Dasar (PD)
 Penurunan Penambahan UP/PD Baru _____

Pengurangan Asuransi Tambahan Penambahan Asuransi Tambahan

Uang Pertanggungan Baru

Critical Illness _____

Early Stage Cancer _____

Waiver of Premium _____

HIP Cashless: Plan Rp 300.000 Plan Rp 1 juta

Plan Rp 500.000 Plan Rp 2 juta

Plan Rp 700.000 Lainnya, _____

5. Penambahan Dana Investasi / Simpanan Sukarela / Top-up

Top Up Regular	Top Up Non-Regular
Mata Uang <input type="checkbox"/> Rupiah <input type="checkbox"/> Dollar Jumlah Top Up : Rp	Mata Uang <input type="checkbox"/> Rupiah <input type="checkbox"/> Dollar Jumlah Top Up : Rp
Sumber Dana <input type="checkbox"/> Tabungan Nama Bank _____ <input type="checkbox"/> Kartu Kredit No. _____ <input type="checkbox"/> Transfer	Sumber Dana <input type="checkbox"/> Tabungan Nama Bank _____ <input type="checkbox"/> Kartu Kredit No. _____ <input type="checkbox"/> Transfer
Pilihan Dana VUL Single & VUL Regular	Pilihan Dana VUL Single & VUL Regular
<input type="checkbox"/> Money Market (100% Pasar Uang)	<input type="checkbox"/> Money Market (100% Pasar Uang)
<input type="checkbox"/> Fixed Income (100% Pendapatan Tetap)	<input type="checkbox"/> Fixed Income (100% Pendapatan Tetap)
<input type="checkbox"/> Equity (100% Saham)	<input type="checkbox"/> Equity (100% Saham)
<input type="checkbox"/> Aggressive Growth (30 % Pendapatan Tetap ; 70% Saham)	<input type="checkbox"/> Aggressive Growth (30 % Pendapatan Tetap ; 70% Saham)
<input type="checkbox"/> Moderate Growth (80% Pendapatan Tetap ; 20% Saham)	<input type="checkbox"/> Moderate Growth (80% Pendapatan Tetap ; 20% Saham)
<input type="checkbox"/> Stable Fund (80% Pendapatan Tetap ; 20% Pasar Uang)	<input type="checkbox"/> Stable Fund (80% Pendapatan Tetap ; 20% Pasar Uang)
Pilihan Dana VUL Multifund	Pilihan Dana VUL Multifund
<input type="checkbox"/> Cigna Equity Growth Fund	<input type="checkbox"/> Cigna Equity Growth Fund
<input type="checkbox"/> Cigna Equity Growth Fund II	<input type="checkbox"/> Cigna Equity Growth Fund II
<input type="checkbox"/> Cigna Equity Growth Fund III	<input type="checkbox"/> Cigna Equity Growth Fund III
<input type="checkbox"/> Cigna Equity Value Fund	<input type="checkbox"/> Cigna Equity Value Fund
<input type="checkbox"/> Cigna Equity Small Mid Cap Fund	<input type="checkbox"/> Cigna Equity Small Mid Cap Fund
<input type="checkbox"/> Cigna Equity Quant Fund	<input type="checkbox"/> Cigna Equity Quant Fund
<input type="checkbox"/> Cigna Balanced Dynamic Fund	<input type="checkbox"/> Cigna Balanced Dynamic Fund
<input type="checkbox"/> Cigna Balanced Dynamic Fund II	<input type="checkbox"/> Cigna Balanced Dynamic Fund II
<input type="checkbox"/> Cigna Balanced Target Click Fund	<input type="checkbox"/> Cigna Balanced Target Click Fund
<input type="checkbox"/> Cigna Balanced Quant Fund	<input type="checkbox"/> Cigna Balanced Quant Fund
<input type="checkbox"/> Cigna Bond Solid Fund	<input type="checkbox"/> Cigna Bond Solid Fund
<input type="checkbox"/> Cigna Bond Solid Fund II	<input type="checkbox"/> Cigna Bond Solid Fund II
<input type="checkbox"/> Cigna Bond Secure Fund	<input type="checkbox"/> Cigna Bond Secure Fund
<input type="checkbox"/> Cigna Bond Secure Fund II	<input type="checkbox"/> Cigna Bond Secure Fund II
<input type="checkbox"/> Cigna Money Market Liquid Fund	<input type="checkbox"/> Cigna Money Market Liquid Fund
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

KETERANGAN

1. Frekuensi pembayaran Top Up Regular mengikuti pembayaran premi dasar.
2. Transaksi Top Up tunduk kepada syarat dan ketentuan sebagaimana diatur dalam polis.
3. Bukti transfer pembayaran Top Up harus dilampirkan dengan menuliskan No. Polis.
4. Pilihan Dana tergantung dari produk yang dimiliki.
5. Alokasi dana Top Up akan mengikuti jenis dana sebelumnya. Jika Pemegang Polis akan mengubah jenis dana pada saat Top Up, maka harus dilakukan proses Splitting (perubahan alokasi jenis dana baru) terlebih dahulu.
6. Penambahan / perubahan dana investasi dikarenakan biaya sesuai ketentuan polis
7. Penambahan Asuransi tambahan / Uang Pertanggungan wajib melengkapi Bagian Pernyataan Kesehatan dibawah

6. Penarikan Sebagian / Partial Withdrawal

Jumlah Penarikan Dana : Rp

Nomor Rekening Penerima (untuk transfer penarikan dana investasi):

Nama Bank :

Cabang :

Nomor Rekening :

Atas Nama :

PERNYATAAN KEDUDUKAN WAJIB PAJAK INDIVIDU

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 pajak³⁾ 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 pajak³⁾ di negara selain Indonesia, pada kolom yang disediakan di bawah ini.

--

C. Deklarasi CRS atas Domisili Wajib Pajak³⁾

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 pajak³⁾ 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 pajak³⁾ yang disebutkan tidak mengharuskan NPWP/TIN untuk diinformasikan)

Negara Wajib Pajak ³⁾	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^{*)}

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

1. 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.
2. 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.
3. 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.

*) 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.

Keterangan

1. Penarikan sebagian diambil dari seluruh jenis dana yang ada secara proporsional dan tidak mengubah alokasi jenis dana.
2. Minimum penarikan mengikuti ketentuan yang tercantum dalam buku polis.

Catatan

1. Apabila nomor rekening tidak dilengkapi, maka dana akan ditransfer ke rekening Pemegang Polis.
2. Rekening penerima selain Pemegang Polis terbatas hanya pada nama-nama Tertanggung yang tercantum dalam polis.

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)

Nomor Rekening Penerima (untuk transfer penarikan dana investasi):

Nama Bank :

Cabang :

Nomor Rekening** : (Rp/USD)*

Atas Nama** :

PERNYATAAN KEDUDUKAN WAJIB PAJAK INDIVIDU

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:

- a. Identitas sebagai penduduk di negara selain Indonesia
- b. Kewarganegaraan di negara selain Indonesia
- c. Alamat terkini di negara selain Indonesia
- d. Nomor telepon di negara selain Indonesia
- e. 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 pajak³⁾ di negara selain Indonesia, pada kolom yang disediakan di bawah ini.

--

C. Deklarasi CRS atas Domisili Wajib Pajak⁴⁾

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 pajak³⁾ 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 pajak³⁾ yang disebutkan tidak mengharuskan NPWP/TIN untuk diinformasikan)

Negara Wajib Pajak ⁴⁾	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 Pajak⁴⁾

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

1. 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.
2. 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.
3. 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.

*) Coret yang tidak perlu

**) 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

***) 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.

8. Pemindahan Dana Investasi Terakumulasi / Switching

Pilihan Alokasi Dana Sebelumnya (VUL Single & VUL Reguler)	Persentase	Pilihan Alokasi Dana Yang Diinginkan (VUL Single & VUL Reguler)	Persentase
<input type="checkbox"/> Money Market (100% Pasar Uang)	%	<input type="checkbox"/> Money Market (100% Pasar Uang)	%
<input type="checkbox"/> Fixed Income (100% Pendapatan Tetap)	%	<input type="checkbox"/> Fixed Income (100% Pendapatan Tetap)	%
<input type="checkbox"/> Equity (100% Saham)	%	<input type="checkbox"/> Equity (100% Saham)	%
<input type="checkbox"/> Aggressive Growth (30% Pendapatan Tetap; 70% Saham)	%	<input type="checkbox"/> Aggressive Growth (30% Pendapatan Tetap; 70% Saham)	%
<input type="checkbox"/> Moderate Growth (80% Pendapatan Tetap; 20% Saham)	%	<input type="checkbox"/> Moderate Growth (80% Pendapatan Tetap; 20% Saham)	%
<input type="checkbox"/> Stable Fund (80% Pendapatan Tetap; 20% Pasar Uang)	%	<input type="checkbox"/> Stable Fund (80% Pendapatan Tetap; 20% Pasar Uang)	%
Pilihan Alokasi Dana Sebelumnya (VUL Multifund)	Persentase	Pilihan Alokasi Dana Yang Diinginkan (VUL Multifund)	Persentase
<input type="checkbox"/> Cigna Equity Growth Fund	%	<input type="checkbox"/> Cigna Equity Growth Fund	%
<input type="checkbox"/> Cigna Equity Growth Fund II	%	<input type="checkbox"/> Cigna Equity Growth Fund II	%
<input type="checkbox"/> Cigna Equity Growth Fund III	%	<input type="checkbox"/> Cigna Equity Growth Fund III	%
<input type="checkbox"/> Cigna Equity Value Fund	%	<input type="checkbox"/> Cigna Equity Value Fund	%
<input type="checkbox"/> Cigna Equity Small Mid Cap Fund	%	<input type="checkbox"/> Cigna Equity Small Mid Cap Fund	%
<input type="checkbox"/> Cigna Equity Quant Fund	%	<input type="checkbox"/> Cigna Equity Quant Fund	%
<input type="checkbox"/> Cigna Balanced Dynamic Fund	%	<input type="checkbox"/> Cigna Balanced Dynamic Fund	%
<input type="checkbox"/> Cigna Balanced Dynamic Fund II	%	<input type="checkbox"/> Cigna Balanced Dynamic Fund II	%
<input type="checkbox"/> Cigna Balanced Target Click Fund	%	<input type="checkbox"/> Cigna Balanced Target Click Fund	%
<input type="checkbox"/> Cigna Balanced Quant Fund	%	<input type="checkbox"/> Cigna Balanced Quant Fund	%
<input type="checkbox"/> Cigna Bond Solid Fund	%	<input type="checkbox"/> Cigna Bond Solid Fund	%
<input type="checkbox"/> Cigna Bond Solid Fund II	%	<input type="checkbox"/> Cigna Bond Solid Fund II	%
<input type="checkbox"/> Cigna Bond Secure Fund	%	<input type="checkbox"/> Cigna Bond Secure Fund	%
<input type="checkbox"/> Cigna Bond Secure Fund II	%	<input type="checkbox"/> Cigna Bond Secure Fund II	%
<input type="checkbox"/> Cigna Money Market Liquid Fund	%	<input type="checkbox"/> Cigna Money Market Liquid Fund	%
<input type="checkbox"/> _____	%	<input type="checkbox"/> _____	%

KETERANGAN

1. Switching hanya dapat dilakukan dalam jenis mata uang yang sama dan tidak mengubah alokasi jenis dana.
2. Minimum pemindahan dana terakumulasi mengikuti ketentuan masing-masing produk sebagaimana diatur dalam polis.
3. Fasilitas pemindahan dana terakumulasi (Switching) dapat dilakukan sesuai dengan ketentuan masing-masing produk sebagaimana diatur dalam polis.
4. Pemindahan dana terakumulasi (switching) akan dikenakan biaya sesuai dengan ketentuan sebagaimana diatur dalam polis.

9. Perubahan Alokasi Jenis Dana Baru/Splitting

Pengalokasian premi beserta Top-Up (jika ada) sesuai dengan pilihan di bawah ini :

Pilihan Alokasi Dana Sebelumnya (VUL Single & VUL Reguler)	Persentase	Pilihan Alokasi Dana Yang Diinginkan (VUL Single & VUL Reguler)	Persentase
<input type="checkbox"/> Money Market (100% Pasar Uang)	%	<input type="checkbox"/> Money Market (100% Pasar Uang)	%
<input type="checkbox"/> Fixed Income (100% Pendapatan Tetap)	%	<input type="checkbox"/> Fixed Income (100% Pendapatan Tetap)	%
<input type="checkbox"/> Equity (100% Saham)	%	<input type="checkbox"/> Equity (100% Saham)	%
<input type="checkbox"/> Aggressive Growth (30% Pendapatan Tetap; 70% Saham)	%	<input type="checkbox"/> Aggressive Growth (30% Pendapatan Tetap; 70% Saham)	%
<input type="checkbox"/> Moderate Growth (80% Pendapatan Tetap; 20% Saham)	%	<input type="checkbox"/> Moderate Growth (80% Pendapatan Tetap; 20% Saham)	%
<input type="checkbox"/> Stable Fund (80% Pendapatan Tetap; 20% Pasar Uang)	%	<input type="checkbox"/> Stable Fund (80% Pendapatan Tetap; 20% Pasar Uang)	%
Pilihan Alokasi Dana Sebelumnya (VUL Multifund)	Persentase	Pilihan Alokasi Dana Yang Diinginkan (VUL Multifund)	Persentase
<input type="checkbox"/> Cigna Equity Growth Fund	%	<input type="checkbox"/> Cigna Equity Growth Fund	%
<input type="checkbox"/> Cigna Equity Growth Fund II	%	<input type="checkbox"/> Cigna Equity Growth Fund II	%
<input type="checkbox"/> Cigna Equity Growth Fund III	%	<input type="checkbox"/> Cigna Equity Growth Fund III	%
<input type="checkbox"/> Cigna Equity Value Fund	%	<input type="checkbox"/> Cigna Equity Value Fund	%
<input type="checkbox"/> Cigna Equity Small Mid Cap Fund	%	<input type="checkbox"/> Cigna Equity Small Mid Cap Fund	%
<input type="checkbox"/> Cigna Equity Quant Fund	%	<input type="checkbox"/> Cigna Equity Quant Fund	%
<input type="checkbox"/> Cigna Balanced Dynamic Fund	%	<input type="checkbox"/> Cigna Balanced Dynamic Fund	%
<input type="checkbox"/> Cigna Balanced Dynamic Fund II	%	<input type="checkbox"/> Cigna Balanced Dynamic Fund II	%
<input type="checkbox"/> Cigna Balanced Target Click Fund	%	<input type="checkbox"/> Cigna Balanced Target Click Fund	%
<input type="checkbox"/> Cigna Balanced Quant Fund	%	<input type="checkbox"/> Cigna Balanced Quant Fund	%
<input type="checkbox"/> Cigna Bond Solid Fund	%	<input type="checkbox"/> Cigna Bond Solid Fund	%
<input type="checkbox"/> Cigna Bond Solid Fund II	%	<input type="checkbox"/> Cigna Bond Solid Fund II	%
<input type="checkbox"/> Cigna Bond Secure Fund	%	<input type="checkbox"/> Cigna Bond Secure Fund	%
<input type="checkbox"/> Cigna Bond Secure Fund II	%	<input type="checkbox"/> Cigna Bond Secure Fund II	%
<input type="checkbox"/> Cigna Money Market Liquid Fund	%	<input type="checkbox"/> Cigna Money Market Liquid Fund	%
<input type="checkbox"/> _____	%	<input type="checkbox"/> _____	%

KETERANGAN

1. Pengajuan perubahan ini ditetapkan sesuai dengan ketentuan-ketentuan yang tercantum dalam polis.
2. Minimum perubahan alokasi jenis dana baru (Splitting) mengikuti ketentuan masing-masing produk sebagaimana diatur dalam polis.
3. Perhitungan pajak (bila ada) akan disesuaikan dengan peraturan pajak yang berlaku.
4. Perubahan akan diproses setelah dokumen asli dan kelengkapan dokumen/data lainnya diterima di kantor pusat PT Asuransi Cigna.

10. Perubahan Lain-lain

Pernyataan

Saya menyatakan telah mendapatkan penjelasan dan sepenuhnya mengerti serta menerima hal-hal di bawah ini :

- Besarnya nilai investasi tidak dijamin, dapat meningkat atau menurun sesuai dengan karakteristik dan risiko dari masing-masing jenis dana investasi yang telah saya pilih.
- Segala risiko pemilihan jenis dan investasi sepenuhnya menjadi tanggung jawab saya.
- Saya menyatakan bahwa seluruh informasi yang saya berikan sebagaimana tercantum di dalam Formulir Permohonan Asuransi ini beserta seluruh dokumen pendukungnya ada benar sesuai keadaan sebenarnya.
- Selaku Pemegang Polis dan/ atau Tertanggung, saya member kuasa kepada dokter, klinik, rumah sakit atau berbagai pihak lainnya baik perorangan maupun badan hukum, yang mempunyai catatan atau mengetahui kesehatan saya untuk memberitahukan Cigna atau pihak manapun yang ditunjuk oleh Cigna segala keterangan mengenai diri dan kesehatan saya. Kuasa ini tidak dapat ditarik kembali dan tidak akan berakhir karena alasan terjadinya peristiwa-peristiwa yang disebutkan dalam Pasal 1813,1814 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata Indonesia, atau alasan apapun lainnya.
- Semua Keterangan yang diberikan pada formulir ini adalah benar. Apabila di kemudian hari diketahui bahwa keterangan/ pernyataan/pemberitahuan yang disampaikan tidak benar, maka pengajuan ini akan batal demi hukum.

Semua Keterangan yang diberikan pada formulir ini adalah benar. Apabila di kemudian hari diketahui bahwa keterangan/pernyataan/pemberitahuan yang disampaikan tidak benar, maka pengajuan ini akan batal demi hukum. Semua perubahan / penambahan data ini merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Surat Permintaan Asuransi / Formulir Pendaftaran (Aplikasi) tersebut di atas.

Ditandatangani di:

Tanggal / /
tanggal bulan tahun

Pemegang Polis	Pemegang Polis	Petugas Cigna yang membantu (jika ada)
(Nama Jelas & Tanda Tangan)	(Nama Jelas & Tanda Tangan)	Nama & Kode: No.Telpon: