PAHAMI & MILIKI SURANSI SYARIAH

KANTOR PUSAT OPERASIONAL
WISMA CAR LIFE
Jl. Gelong Baru Utara No. 5-8, Jakarta Barat 11440; **T**: (021) 5696 8998

L@NCAR - LAYANAN NASABAH CAR
T: (021) 3951 6888; **SMS/WHATSAPP**: 0855 999 1000
E: lancar@car.co.id; www.car.co.id

@CARLifeInsurance @carlifeinsurance @carlifeinsurance CAR Life Insurance @CARLIFE_ID

CAR Syariah Life Insurance

E3 - PERUBAHAN POLIS (ENDORSEMEN), PEMULIHAN POLIS PRODUK SYARIAH

1. Mohon diisi dengan menggunakan huruf kapital, tulisan JELAS, LENGKAP, BENAR dan tidak keluar dari kotak.
2. Jika terjadi kesalahan penulisan, jangan dihapus tetapi dicoret dan bubuhkan tanda tangan PEMEGANG POLIS YANG MENGAJUKAN di sebelahnya, sesuai dengan kartu identitas diri yang dilampirkan.
3. Berikan tanda "√" dalam kotak pertanyaan pilihan.
4. Mohon untuk tidak menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong.

Pilih Jenis Transaksi yang ingin Anda ajukan:

- ☐ 1. PERUBAHAN KONTRIBUSI ASURANSI (FREKUENSI PEMBAYARAN, MASA BAYAR KONTRIBUSI DAN ATAU JUMLAH KONTRIBUSI) - **1, 11, 12**
- ☐ 2. PERUBAHAN SANTUNAN ASURANSI - **2, 10, 11, 12**
- ☐ 3. PERUBAHAN ASURANSI TUMPANGAN (*RIDERS*) - **3, 10, 11, 12**
- ☐ 4. PERUBAHAN TANGGAL LAHIR PESERTA - **4, 11, 12**
- ☐ 5. PERUBAHAN KESALAHAN JENIS KELAMIN, PEKERJAAN, HOBI PESERTA - **5, 11, 12**
- ☐ 6. PEMULIHAN POLIS - **6, 10, 11, 12**
- ☐ 7. PENGGANTIAN PEMEGANG POLIS - **7, 11, 12**
- ☐ 8. PERUBAHAN PENERIMA MANFAAT (AHLI WARIS) - **8, 11, 12**
- ☐ 9. PERUBAHAN LAIN - **9, 11, 12** (Mengikuti Perubahan yang diajukan)

Dokumen yang WAJIB dilampirkan:

- ☐ 1. Copy e-KTP / KITAS atau Paspor bagi WNA
- ☐ 2. Bukti bayar / transfer biaya endorsemen Rp15.000,- (biaya ini dapat berubah sewaktu-waktu)
- ☐ 3. Bukti bayar / transfer Kontribusi, biaya asuransi utama atau tumpangan yang kurang bayar jika ada
- ☐ 4. Dokumen tambahan lainnya yang relevan apabila dokumen 1, 2 dan 3 ada yang tidak terpenuhi

Nomor Polis :

Nama Pemegang Polis :

Nama Peserta :

No. Telepon Selular / Rumah : / -

**Apabila nomor Telepon Selular / Rumah di atas berbeda dengan data pada system, Pemegang Polis harus mengisi Formulir Pengkinian Data*

1. PERUBAHAN KONTRIBUSI ASURANSI (FREKUENSI PEMBAYARAN, MASA BAYAR KONTRIBUSI DAN ATAU JUMLAH KONTRIBUSI)

Frekuensi pembayaran : ☐ Bulanan ☐ Tiga bulanan ☐ Enam bulanan (Semesteran) ☐ Tahunan

Masa pembayaran : ☐☐ Tahun

Jumlah Kontribusi : Rp / USD* :
**coret yang tidak sesuai*

Terbilang :

2. PERUBAHAN SANTUNAN ASURANSI, MENJADI:

Santunan Asuransi Baru : Rp / USD* :
**coret yang tidak sesuai*

Terbilang :

3. PERUBAHAN ASURANSI TUMPANGAN (*RIDERS*), MENJADI:

Asuransi Tumpangan (*Riders*) Lama			Asuransi Tumpangan (*Riders*) Baru		
Nama asuransi tumpangan (*riders*)		Plan / Santunan Asuransi Tumpangan	Nama asuransi tumpangan (*riders*)		Plan / Santunan Asuransi Tumpangan
1			1		
2			2		
3			3		

**Apabila form ini tidak mencukupi silahkan menggunakan form tambahan dengan format yang sama*

4. PERUBAHAN TANGGAL LAHIR PESERTA

	Tanggal Lahir (tgl / bln / thn)
1. Peserta Utama	/ /
2. Peserta Tambahan	
(a) _____	/ /
(b) _____	/ /

** Apabila form ini tidak mencukupi silahkan menggunakan form tambahan dengan format yang sama*
** Jika terdapat selisih atau kekurangan Kontribusi atau Biaya Asuransi atau asuransi tumpangan (rider) akibat perubahan Tanggal lahir di atas maka selisih Kontribusi atau biaya tersebut WAJIB dilunasi*
** Jika perubahan terhadap Peserta, WAJIB melampirkan e-KTP Peserta atau dan untuk Peserta di bawah 17 tahun dan belum pernah menikah wajib melampirkan KIA / Kartu Keluarga*

Tanda Tangan Pemegang Polis

Member of Salim Group

Melayani dan Melindungi

PT AJ Central Asia Raya terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

5. PERUBAHAN JENIS KELAMIN, PEKERJAAN, HOBI PESERTA

	Jenis Kelamin	Pekerjaan	Hobi
Peserta Utama	☐ Laki-laki ☐ Perempuan	☐ Penambang ☐ Pramugari / Pramugara ☐ Pilot ☐ Pemadam Kebakaran ☐ TNI / POLRI ☐ Lainnya, sebutkan: ☐ ABK / Pelaut _____	☐ Balap motor / sepeda / mobil ☐ Menyelam ☐ Terjun Payung ☐ Main Sky ☐ Panjat Tebing ☐ Paralayang ☐ Lainnya, sebutkan: ☐ Arung Jeram _____
Peserta Tambahan	☐ Laki-laki ☐ Perempuan	☐ Penambang ☐ Pramugari / Pramugara ☐ Pilot ☐ Pemadam Kebakaran ☐ TNI / POLRI ☐ Lainnya, sebutkan: ☐ ABK / Pelaut _____	☐ Balap motor / sepeda / mobil ☐ Menyelam ☐ Terjun Payung ☐ Main Sky ☐ Panjat Tebing ☐ Paralayang ☐ Lainnya, sebutkan: ☐ Arung Jeram _____

** Apabila form ini tidak mencukupi silahkan menggunakan form tambahan*
** Jika terdapat selisih atau kekurangan Kontribusi atau Biaya Asuransi atau Rider akibat perubahan di atas maka selisih Kontribusi atau biaya tersebut WAJIB dilunasi*
** Jika perubahan terhadap Peserta, WAJIB melampirkan e-KTP Peserta atau dan untuk Peserta dibawah 17 tahun wajib melampirkan KIA / Kartu Keluarga*

6. PEMULIHAN POLIS

Alasan diajukannya Pemulihan Polis :

**Jika terdapat Kontribusi tertunggak maka WAJIB dilunasi dahulu.*

7. PENGGANTIAN PEMEGANG POLIS, MENJADI:

Untuk penggantian Pemegang Polis Wajib melampirkan **"Formulir Pengkinian Data Pemegang Polis"**

Nama Pemegang Polis :

Alasan penggantian Pemegang Polis :

Hubungan dengan Peserta :

☐ Diri sendiri ☐ Ayah Kandung ☐ Ibu Kandung
☐ Istri ☐ Kakak Kandung ☐ Adik Kandung
☐ Suami ☐ Anak Kandung ☐ _____ **(lainnya, sebutkan)*

8. PERUBAHAN PENERIMA MANFAAT, MENJADI:

No	Nama Lengkap	Hubungan dengan Peserta	Tanggal Lahir (tgl/bln/thn)	Jenis Kelamin	Besarnya Persentase (%)
1			/ /		
2			/ /		
3			/ /		
4			/ /		

** Wajib melampirkan copy e-KTP / KIS atau Kartu Keluarga dan apabila form ini tidak mencukupi silahkan menggunakan form tambahan*

9. PERUBAHAN LAIN

Perubahan ini digunakan untuk pengajuan perubahan selain yang tertera di atas:

_____

_____

_____

10. PERNYATAAN KESEHATAN PESERTA UTAMA DAN PESERTA TAMBAHAN

Sehubungan dengan permohonan perubahan yang Saya ajukan dengan ini Saya memberikan pernyataan-pernyataan dan informasi sebagai berikut:
Data Peserta Utama dan Tambahan:

	Nama Peserta Utama / Tambahan	Tinggi Badan (cm)	Berat Badan saat ini (Kg)	Berat Badan 1 Tahun lalu (Kg)	Sebab Perubahan	Pekerjaan	Khusus Wanita (Apakah sedang hamil ? Jika "Iya" berapa Bulan ?)
1							
2							
3							

Tanda Tangan Pemegang Polis

Data Kesehatan & Kegiatan

No.	Pertanyaan	Ya	Tidak
1.	Apakah Anda atau Peserta yang tercantum dalam Formulir ini atau Keluarga Anda pernah: Ditolak, Dibatalkan, Dikenakan Kontribusi tambahan atau diubah dalam bentuk apapun oleh Perusahaan Asuransi ?		
2.	Dalam 3 tahun terakhir termasuk saat ini, pernahkah Anda atau Peserta yang tercantum dalam Formulir ini dianjurkan untuk melakukan Konsultasi Dokter, Pemeriksaan, Pengobatan, Melakukan tindakan operasi / pembedahan, Biopsi, Radiologi, Laboratorium, EKG, Treadmill, Endoskopi, Rontgen, USG, CT Scan, Petscan, MSCT Scan, MRI, Laboratorium dan atau pemeriksaan lainnya ?		
3.	Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan Anda, apakah Anda dan atau Peserta yang tercantum dalam Formulir ini pernah memiliki gejala, diindikasi, diberitahu menderita atau mendapat perawatan / pengobatan untuk satu atau lebih dari jenis atau kondisi berikut: Ayan, Epilepsi, Lumpuh, Penyakit syaraf, Stroke, Tekanan Darah Tinggi / Rendah, Penyakit jantung, Kelainan darah / Pembuluh darah, Asma, TBC, Pneumonia dan Penyakit saluran nafas serta paru-paru lainnya, Liver, Hepatitis, Cirrhosis (pengerasan) hati, Fatty liver (perlemakan hati), Kencing manis, Kelainan kelenjar gondok, Kadar kolesterol dan atau Trigliseride tinggi, Kanker, Tumor jinak, Benjolan, Kista, Endometriosis, Myoma, HIV / AIDS, Hernia, Rematik, Radang sendi, Gout, Hernia Nucleus Pulposus (HNP), Katarak, Glukoma, Lambung / Tukak lambung, Kandung Empedu / Batu Empedu, Wasir, Kencing batu, Penyakit kelamin, Penyakit apapun pada ginjal atau saluran kencing, serta Penyakit atau kelainan anggota tubuh lain yang tidak disebutkan di atas ?		
4.	Apakah Anda atau Peserta yang tercantum dalam formulir ini pernah atau sedang mengalami: Kejang-kejang, Gerakan yang tidak terkendali, Perdarahan, Pusing / Sakit kepala dan / atau Demam yang tidak diketahui sebabnya, Cepat lelah, Kehilangan berat badan, pembesaran kelenjar getah bening/ limfe atau kelainan kulit yang tidak lazim?		
5.	Apakah Anda atau Peserta yang tercantum dalam formulir ini: a. Mempunyai kebiasaan merokok, menggunakan obat bius / narkotika, obat / zat terlarang atau alkohol ? b. Anggota POLRI / Angkatan bersenjata ? c. Pernah atau bermaksud ikut dalam olahraga yang beresiko tinggi ?		
6.	Jika ada Jawaban Ya untuk pertanyaan nomor 1 sampai dengan 5 di atas, tuliskan penjelasan termasuk Diagnosa, Dokter / Rumah Sakit, Tgl/Bulan/Tahun Tuliskan di bawah ini: _____ _____ _____		

PERNYATAAN DAN SURAT KUASA

Dengan ini SAYA/KAMI sebagai Pemegang Polis dan/atau Peserta menyatakan setuju bahwa:

1. SAYA/KAMI atas nama diri sendiri atau Perusahaan atau badan hukum yang SAYA/KAMI wakili dan mempunyai kepentingan atau tuntutan terhadap manfaat / santunan yang dimohonkan dengan ini memahami bahwa SAYA/KAMI memiliki kewajiban untuk bertindak dengan iktikad terbaik (*utmost good faith*) dalam setiap pengajuan permohonan asuransi syariah. Oleh karena itu, SAYA/KAMI memahami bahwa SAYA/KAMI wajib mengungkapkan secara benar dan lengkap semua fakta material, yaitu data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan fakta (**"Informasi Konsumen"**) yang dapat mempengaruhi pertimbangan PT AJ Central Asia Raya dalam menerima atau menolak pengajuan tersebut dan/atau menetapkan jumlah kontribusi.
2. SAYA/KAMI menyatakan dan menjamin bahwa semua Informasi Konsumen yang SAYA/KAMI berikan dalam Formulir Perubahan Polis (Endorsemen), Pemulihan Polis Syariah ini, serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang disyaratkan oleh PT AJ Central Asia Raya ("**Dokumen Permohonan**") sebagai bagian dari pengajuan permohonan asuransi syariah adalah lengkap, benar, akurat, terkini, sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan konsisten antara satu dengan lainnya, dan tidak ada Informasi Konsumen yang SAYA/KAMI sembunyikan, baik dengan sengaja maupun tidak sengaja. Apabila info 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/KAMI sembunyikan, dengan menandatangani Formulir Perubahan / Pemulihan Polis ini, SAYA/KAMI SEPAKAT DAN MENYETUJUI jika PT AJ Central Asia Raya melakukan hal-hal berikut ini:
   a. Menolak setiap klaim manfaat asuransi syariah yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian manfaat asuransi syariah;
   b. Membatalkan polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada asuransi syariah / polis dasar / asuransi syariah tambahan / polis tambahan) dengan pengembalian kontribusi (atau biaya asuransi syariah dari asuransi syariah / polis dasar / asuransi syariah tambahan / polis tambahan) yang telah dibayarkan setelah dikurangi dengan biaya internal pemeriksaan kesehatan, manfaat asuransi syariah yang telah dibayarkan dan biaya-biaya yang timbul pada saat penerbitan Polis (jika ada);
   c. Mengakhiri polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada asuransi syariah / polis dasar / asuransi syariah tambahan / polis tambahan), tanpa kewajiban untuk mengembalikan kontribusi dan/atau biaya asuransi syariah, 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/KAMI juga menyetujui bahwa PT AJ Central Asia Raya hanya akan membayarkan nilai tunai, jika ada.
   d. Melakukan penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), dan menambahkan syarat dan ketentuan tambahan dalam Polis (baik asuransi syariah / polis dasar / asuransi syariah tambahan / polis tambahan), termasuk menambahkan risiko yang dikecualikan, menyesuaikan manfaat asuransi syariah, dan/atau menyesuaikan jumlah kontribusi atau biaya asuransi syariah yang harus dibayar; dan/atau
   e. Menagih kekurangan kontribusi dan/atau biaya asuransi syariah dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), jumlah kontribusi dan/atau biaya asuransi syariah yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam polis. PT AJ Central Asia Raya juga berhak untuk melakukan perjumpaan (*set-off*) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan nilai tunai (jika ada) yang ada dalam polis dan/atau manfaat asuransi syariah yang akan dibayarkan; Atas hal tersebut, SAYA/KAMI wajib membayarkan (jika ada) kekurangan kontribusi dan/atau biaya asuransi syariah.
3. Sehubungan dengan klausul pembatalan atau pengakhiran polis sebagaimana disebutkan di atas, SAYA/KAMI dengan ini menegaskan bahwa:
   a. Penandatanganan Formulir Perubahan / Pemulihan Polis Syariah ini oleh SAYA/KAMI merupakan bentuk persetujuan atas pembatalan atau pengakhiran Polis oleh PT AJ Central Asia Raya jika terjadi hal-hal yang dimaksud dalam butir [2]; dan
   b. SAYA/KAMI setuju untuk mengesampingkan ketentuan Pasal 1266 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata dan/atau ketentuan peraturan perundang-undangan lainnya yang mensyaratkan pengakhiran atau pembatalan polis harus dilakukan berdasarkan putusan pengadilan.

Tanda Tangan Pemegang Polis

4. PT AJ Central Asia Raya telah menjalankan Peraturan Otoritas Jasa Keuangan (POJK) terkait Anti Pencucian Uang, Pencegahan Pendanaan Terorisme, dan Pencegahan Pendanaan Proliferasi Senjata Pemusnah Massal (APU, PPT, PPPSPM), SAYA/KAMI menyatakan bahwa sumber dana untuk pembayaran kontribusi terkait Perubahan / Pemulihan Polis bukan berasal dari tindak pidana.
5. SAYA/KAMI memberikan kuasa yang tidak dapat dicabut kembali kepada PT AJ Central Asia Raya dan afiliasinya untuk mendapatkan semua catatan riwayat kesehatan SAYA/KAMI dan tenaga medis / rumah sakit / klinik, puskesmas dan/atau laboratorium, perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi, badan, instansi/lembaga atau pihak lain yang memiliki catatan riwayat kesehatan SAYA/KAMI dan untuk memberikan catatan riwayat kesehatan SAYA/KAMI kepada pihak ketiga selama pihak ketiga tersebut dapat menunjukan secara wajar bahwa mereka memiliki kewenangan berdasarkan perjanjian atau peraturan dan perundang-undangan atau kuasa dari SAYA/KAMI untuk mendapatkan catatan riwayat kesehatan SAYA/KAMI. Kuasa ini merupakan hal yang tidak terpisahkan dari Formulir Perubahan / Pemulihan Polis Syariah dan mengikat SAYA/KAMI, ahli waris, dan keluarga SAYA/KAMI. Untuk pelaksanaan kuasa ini SAYA/KAMI dengan ini melepaskan ketentuan-ketentuan dalam pasal 1813, 1814 dan 1816 Kitab Undang-undang Hukum Perdata (KUHPerdata). Salinan / *fotocopy* dari kuasa ini sama sah dan berlakunya sesuai dengan dokumen aslinya.
6. Transaksi keuangan yang dilakukan kepada/dengan Perusahaan tidak berasal dari/atau berkaitan dengan tindak pidana terkait dengan undang-undang pencucian uang (*money laundering*). Dalam hal ada indikasi pelanggaran atas undang-undang sebagaimana dimaksud, maka PT AJ Central Asia Raya akan melaksanakan kewajibannya sesuai undang-undang, termasuk tetapi tidak terbatas kepada melakukan kewajiban pelaporan atas transaksi keuangan yang mencurigakan dan/atau membatalkan polis.
7. Agen atau tenaga pemasar dan dokter pemeriksa dari PT AJ Central Asia Raya tidak mempunyai wewenang untuk membuat dan/atau mengubah ketentuan-ketentuan dalam polis dan/atau memutuskan apakah SAYA/KAMI dapat diasuransikan dalam produk asuransi yang dimohonkan ini.
8. SAYA/KAMI memberikan kuasa yang tidak dapat dicabut kembali kepada PT AJ Central Asia Raya dan afiliasinya untuk memberitahukan kepada pihak ketiga dan/atau menggunakan informasi dan data yang diberikan.
9. SAYA/KAMI memberikan kuasa kepada tenaga medis, laboratorium, rumah sakit / klinik, puskesmas dan/atau pihak lain yang ditunjuk oleh PT AJ Central Asia Raya untuk melakukan pemeriksaan kesehatan, menganalisis dan mengevaluasi kondisi kesehatan SAYA/KAMI, sehubungan Perubahan / Pemulihan Polis Syariah dan setiap pengajuan pembayaran manfaat asuransi yang mungkin timbul di kemudian hari.
10. SAYA/KAMI telah mengerti dan memahami bahwa investasi dalam produk asuransi (jika ada) memiliki risiko kredit, risiko pasar, risiko likuiditas, risiko hukum, dan risiko nilai tukar. Dengan menandatangani dokumen ini, SAYA/KAMI menyatakan telah membaca, mengerti dan memahami semua informasi yang tercantum pada dokumen ini serta setuju untuk tunduk pada ketentuan-ketentuan yang tercantum di dalam polis asuransi. Dokumen ini merupakan bagian dari polis asuransi.
11. SAYA/KAMI dengan ini memberikan kuasa kepada Perusahaan untuk menggunakan atau memberikan informasi atau keterangan mengenai SAYA/KAMI yang tersedia, diperoleh atau disimpan oleh Penanggung (sesuai yang tercantum pada Formulir Perubahan / Pemulihan Polis Syariah ini atau sarana / media lain), kepada pihak-pihak lain (termasuk tetapi tidak terbatas kepada perusahaan reasuransi, asuransi, lembaga, bank, atau badan hukum lain baik di dalam maupun di luar negeri) yang memiliki hubungan kerja sama dengan Perusahaan dalam rangka pengajuan Formulir Perubahan / Pemulihan Polis Syariah ini (ketentuan Polis, pembayaran manfaat / santunan, pelayanan nasabah, pelaksanaan ketentuan polis, survei kepuasan nasabah, maupun untuk tujuan hukum dan perundang-undangan) dan karenanya dengan ditandatanganinya Formulir Perubahan / Pemulihan Polis Syriah ini oleh SAYA/KAMI merupakan bukti tertulis pemberian persetujuan oleh SAYA/KAMI.
12. SAYA/KAMI setuju bahwa Perusahaan dapat menyampaikan polis dalam bentuk polis digital / elektronik dan ikhtisar polis dalam bentuk cetak / *hardcopy*.
13. SAYA/KAMI dengan ini Setuju memberi kuasa kepada PT AJ Central Asia Raya untuk menggunakan atau memberikan informasi atau keterangan mengenai SAYA/KAMI yang tersedia, diperoleh atau disimpan oleh PT AJ Central Asia Raya termasuk tetapi tidak terbatas kepada data informasi terkait nama, alamat, tanggal kelahiran, no. telpon, alamat e-mail dan data-data terkait lainnya untuk kepentingan penawaran produk-produk asuransi lainnya milik PT AJ Central Asia Raya, produk-produk rekanan / mitra usaha PT AJ Central Asia Raya dan karenanya dengan ditandatanganinya Formulir Perubahan / Pemulihan Polis Syariah ini oleh SAYA/KAMI merupakan bukti tertulis pemberian persetujuan oleh SAYA/KAMI. (Dalam hal persetujuan diberikan, SAYA/KAMI memastikan bahwa Perusahaan telah menjelaskan mengenai tujuan dan konsekuensi dari persetujuan terkait dengan penggunaan informasi dalam Formulir Perubahan / Pemulihan Polis Syariah ini).

Ditandatangani di: _____

Tanggal Pengajuan : ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐
(*tgl / bln / thn*)

Pemegang Polis *(nama dan tanda tangan sesuai kartu identitas diri)*	**Peserta** *(nama dan tanda tangan sesuai kartu identitas diri)*
Nama Lengkap	*Nama Lengkap*

11. KETERANGAN TAMBAHAN (WAJIB DIISI)

Apakah Pemegang Polis adalah Warga Negara Asing (WNA) ? ☐ Ya ☐ Tidak

Jika jawabannya Ya, maka Pemegang Polis WAJIB mengisi Form Pernyataan Diri Individual CRS (*Common Reporting Standard*).

Tanda Tangan Pemegang Polis

12. PERNYATAAN

Saya sebagai Pemegang Polis, menyatakan setuju bahwa:

1. Saya dengan ini mengajukan permohonan kepada PT AJ Central Asia Raya untuk melakukan Endorsemen / Pemulihan Polis yang saya ajukan sesuai dengan nomor Polis tersebut di atas dan memberikan kuasa kepada PT AJ Central Asia Raya untuk mengubah atau mengganti Polis (bila diperlukan) atau merubah sesuai dengan syarat dan ketentuan yang berlaku.
2. Saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan pada formulir ini dengan lengkap dan benar. Saya menyatakan bahwa seluruh informasi yang saya berikan sebagaimana tercantum di dalam Formulir ini beserta seluruh dokumen pendukungnya adalah benar sesuai keadaan sebenarnya. Apabila di kemudian hari diketahui bahwa keterangan / pernyataan / pemberitahuan yang disampaikan tidak benar, maka pengajuan ini akan batal demi hukum.
3. Seluruh salinan dokumen yang diberikan sehubungan dengan Perubahan / Pemulihan Polis ini adalah sesuai asli dan masih berlaku.
4. Semua alamat korespondensi dan nomor telepon Saya yang telah diinformasikan dalam Formulir ini dapat digunakan sebagai media komunikasi Polis.
5. Saya telah memahami dan menerima semua risiko yang akan terjadi dikemudian hari akibat Perubahan / Pemulihan Polis yang saya ajukan ini.
6. Pemegang polis dan/atau Peserta menyatakan telah mendapatkan informasi yang benar, tidak palsu, dan/atau tidak menyesatkan mengenai risiko, manfaat, kewajiban, dan pembebanan biaya terkait dengan produk asuransi, perubahan atau pemulihan polis yang disampaikan oleh Penanggung.

Tanda Tangan Pemegang Polis *(sesuai kartu identitas diri)*
Nama Lengkap

Ditandatangani di : _____

Tanggal Pengajuan : ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐
(*tgl / bln / thn*)

Perhatian:

1. Tanda tanganilah Formulir ini setelah Pemegang Polis / Peserta yakin bahwa jawaban / informasi / keterangan yang diberikan sesuai dengan kondisi sebenarnya.
2. Jangan menandatangani Formulir ini dalam keadaan kosong.
3. Apabila Pemegang Polis menandatangani Formulir ini di luar negeri, maka Formulir ini beserta dokumen pendukungnya wajib dilegalisasi oleh pejabat Konsulat Jenderal/Kedutaan Besar Republik Indonesia di lokasi terdekat di negara tempat tinggal atau tempat kedudukan Pemegang Polis berada.

Diisi Oleh PT AJ Central Asia Raya

Formulir ini diserahkan:

- ☐ Nasabah datang ke kantor layanan / kantor pusat, mengisi dan menandatangani formulir;
- ☐ Formulir asli telah diisi dan ditandatangani oleh Pemegang Polis saat diterima dari Agen;
- ☐ Formulir diterima di kantor layanan melalui facsimile dan telah dikonfirmasikan kepada Pemegang Polis;
- ☐ Formulir asli diterima di kantor layanan melalui pos/kurir;

Diisi oleh Petugas Lancar

Diterima & Verifikasi Oleh	**Menyetujui Kepala Kantor**
Nama	*Nama*
Tanggal	*Tanggal*

Catatan Petugas : _____

_____

_____

Diisi oleh Kantor Pusat

Diterima & Diverifikasi	**Menyetujui 1 (Khusus UND Dept.)**	**Menyetujui 2**	**Menyetujui 3**
		(Khusus PHS Dept.)	
Nama	*Nama*	*Nama*	*Nama*
Jabatan	*Jabatan*	*Jabatan*	*Jabatan*
Tanggal	*Tanggal*	*Tanggal*	*Tanggal*

Catatan Kantor Pusat: _____

_____

_____