



FORMULIR PERUBAHAN POLIS

DI ISI DENGAN HURUF CETAK DAN DILENGKAPI DENGAN MEMBERI TANDA (✓) PADA KOTAK YANG TERSEDIA

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

Nomor Polis : _____
Nama Pemegang Polis : _____
Alamat : _____
Kelurahan : _____ Kecamatan : _____ RT/RW : _____ / _____
Kota : _____ Kode Pos : _____
email : _____ Handphone : _____
No. Telp. Rumah : _____ - _____ Kantor : _____ - _____

DENGAN INI MENGAJUKAN PERUBAHAN, SEBAGAI BERIKUT :

1. PERUBAHAN ALAMAT KORESPONDENSI YANG BARU

Alamat : _____
Kelurahan : _____ Kecamatan : _____ RT/RW : _____ / _____
Kota : _____ Kode Pos : _____
email : _____ Handphone : _____
No. Telp. Rumah : _____ - _____ Kantor : _____ - _____

2. PERUBAHAN PENERIMA MANFAAT

Tanggal Lahir (Tgl / Bln / Tahun)

Nama Sesuai Identitas	Tanggal Lahir (Tgl / Bln / Tahun)	Jenis Kelamin *)	Hubungan dengan Peserta	Persentase **)
_____	____/____/____	L / P	_____	_____ %
_____	____/____/____	L / P	_____	_____ %
_____	____/____/____	L / P	_____	_____ %
_____	____/____/____	L / P	_____	_____ %
_____	____/____/____	L / P	_____	_____ %

**) Lingkari pilihan jenis kelamin: L = laki-laki atau P = perempuan

**) Jika tidak diisi, maka persentase akan diberikan secara prorata.

3. PERUBAHAN PEMEGANG POLIS MENJADI

Nama Lengkap : _____
(Sesuai identitas yang berlaku)
Alamat Korespondensi : _____

Kelurahan : _____ Kecamatan : _____ RT/RW : _____ / _____
Kota : _____ Kode Pos : _____
email : _____ Handphone : _____
No. Telp. Rumah : _____ - _____ Kantor : _____ - _____

Jenis Kelamin : ☐ Laki-Laki ☐ Perempuan Kewarganegaraan : _____
Status : ☐ Menikah ☐ Belum Menikah ☐ Janda/Duda _____
Jenis Identitas : ☐ KTP ☐ SIM ☐ Passport No Identitas : _____
☐ Akte Lahir ☐ Lainnya : _____ No NPWP : _____ - _____

Tempat Lahir : _____ Tanggal Lahir : _____
Pekerjaan/Bidang Usaha : _____ Alamat Perusahaan : _____
Nama Perusahaan : _____
Jabatan : _____
Uraian Pekerjaan : _____

Hubungan dengan Peserta Utama : ☐ Diri Sendiri ☐ Suami/Istri ☐ Anak ☐ Orangtua ☐ Lainnya: _____
Hubungan dengan Pemegang Polis : ☐ Diri Sendiri ☐ Suami/Istri ☐ Anak ☐ Orangtua ☐ Lainnya: _____

Alasan Perubahan : _____
Sumber Penghasilan Pembayar Kontribusi : ☐ Gaji ☐ Hasil Investasi ☐ Bisnis Pribadi ☐ Bonus/Komisi ☐ Lainnya, _____
Nominal Penghasilan Kotor Per Tahun : ☐ ≤ 50 Jt ☐ > 50 Jt - 100Jt ☐ >100 Jt - 300 Jt ☐ > 300 Jt - 500 Jt ☐ >500 Jt



4. PERUBAHAN FREKUENSI BAYAR

Periode pembayaran baru* ☐ Tahunan ☐ Semesteran ☐ Kuartal ☐ Bulanan

5. PERUBAHAN DATA PEMEGANG POLIS / PESERTA / PENERIMA MANFAAT

Jenis Perubahan Data : ☐ Koreksi Nama ☐ Ganti Nama

Untuk Perubahan Data : ☐ Peserta Utama ☐ Pemegang Polis ☐ Penerima Manfaat ☐ Peserta Tambahan *) I / II / III / IV

Nama Lama : _____

Nama Baru : _____

Tanggal Lahir Lama : ____ - ____ - ____ Tanggal Lahir Baru : ____ - ____ - ____

Dengan ini saya menyatakan bahwa nama yang dikoreksi adalah orang yang sama. Adapun alasan perubahan nama adalah:

*) Lingkari pilihan yang diinginkan

Catatan : 1. Perubahan ganti nama dibuktikan dengan Akte Ganti Nama yang ditetapkan oleh Pengadilan Negeri.

2. Perubahan Tanggal lahir harus dibuktikan dengan Akte Kelahiran.

6. PERUBAHAN REKENING DEBIT *)

Metode Pembayaran Kontribusi sebelumnya : ☐ Rekening Tabungan ☐ Kartu Kredit ☐ Virtual Account

Perubahan Pendebetan baru : ☐ Rekening Tabungan ☐ Kartu Kredit ☐ Virtual Account

Nama Bank : _____ Cabang : _____

Pemilik Rekening Tabungan/Kartu Kredit : _____

Nomor Rekening Tabungan/Kartu Kredit : _____

Mata uang : ☐ Rupiah ☐ US Dollar

Tipe Kartu Kredit : ☐ VISA ☐ MASTER ☐ BCA Card Masa Berlaku : ____ - ____

Hubungan Pemilik Rekening : ☐ Diri Sendiri ☐ Suami/Istri ☐ Anak

dengan Pemegang Polis ☐ Orang Tua ☐ Saudara Kandung ☐ Pekerja ☐ Lainnya : _____

*) Wajib mengisi form Surat Kuasa Pendebetan Kartu Kredit atau Surat Kuasa Pendebetan Rekening

7. CETAK ULANG POLIS ATAU SURAT / KARTU

Dengan ini saya mengajukan permohonan untuk pencetakan ulang dokumen untuk :

☐ Polis* Alasan: ☐ Rusak (Lampirkan Polis Asli) ☐ Hilang (Lampirkan Surat Keterangan Kehilangan dari Kepolisian)

☐ Surat / Kartu** Nomor : _____

*) Untuk cetak ulang Polis akan dikenakan biaya administrasi Rp 100.000

**) Coret yang tidak perlu

8. LAIN-LAINNYA

Lain-lain (jelaskan) : _____

PERNYATAAN DAN KUASA

Saya/Kami selaku setiap pihak yang menandatangani formulir SPAJS dan formulir lainnya (termasuk Pemegang Polis, Peserta, dan pihak lainnya) menyatakan:

1. Saya/Kami memahami bahwa Saya/Kami memiliki kewajiban untuk bertindak dengan iktikad terbaik (*utmost good faith*) dalam setiap pengajuan perubahan Polis. Oleh karena itu, Saya/Kami memahami bahwa Saya/Kami wajib

a. Mengungkapkan secara benar dan lengkap semua fakta material, yaitu data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan fakta untuk selanjutnya disebut "informasi konsumen" yang dapat mempengaruhi pertimbangan PT Capital Life Syariah dalam menerima atau menolak pengajuan tersebut dan/atau menetapkan jumlah kontribusi.

b. Memberikan pernyataan yang benar mengenai hal-hal yang berkaitan dengan permohonan perubahan Polis, baik pada saat pengajuan permohonan perubahan Polis maupun selama berlakunya Polis.

2. Saya/Kami menyatakan dan menjamin bahwa semua informasi konsumen yang Saya/Kami berikan dalam formulir perubahan Polis ini, serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang disyaratkan oleh PT Capital Life Syariah ("dokumen permohonan") sebagai bagian dari pengajuan perubahan Polis 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 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/Kami sembunyikan, dengan menandatangani formulir perubahan Polis ini, Saya/Kami SEPAKAT DAN MENYETUJUI jika PT Capital Life Syariah 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 Capital Life Syariah 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 Capital Life Syariah juga berhak untuk melakukan penjumlahan (set-off) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan nilai tunai yang ada dalam Polis Saya dan/atau manfaat asuransi syariah yang akan dibayarkan. Atas hal tersebut, Saya/Kami wajib membayarkan (jika ada) kekurangan kontribusi dan/atau biaya asuransi syariah.
- f. Menagih kembali kepada Saya/Kami atas semua manfaat asuransi yang telah dibayarkan dan Saya/Kami wajib membayarkan kembali semua manfaat asuransi yang telah dibayarkan (jika ada)
3. Sehubungan dengan hak PT Capital Life Syariah untuk membatalkan atau mengakhiri Polis sebagaimana disebutkan di atas, Saya/Kami dengan ini menegaskan bahwa:
- a. Penandatanganan formulir perubahan Polis ini oleh Saya/Kami merupakan bentuk persetujuan atas pembatalan atau pengakhiran Polis oleh PT Capital Life Syariah 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.

Ditandatangani di :

Pemegang Polis Lama

Pemegang Polis Baru

Pembayar Kontribusi

-

-

Tanggal

Bulan

Tahun

Tanda Tangan dan Nama Lengkap

Tanda Tangan dan Nama Lengkap

Tanda Tangan dan Nama Lengkap

Kolom catatan ini diisi oleh PT Capital Life Syariah

Diproses oleh :

Diperiksa oleh :

Catatan

Paraf / Nama / Tanggal

Paraf / Nama / Tanggal