

FORMULIR PERUBAHAN POLIS



Petunjuk Pengisian :

1. Isilah formulir ini dengan HURUF CETAK, menggunakan pulpen WARNA HITAM dan tulisan TIDAK KELUAR dari kotak.
2. Setiap bentuk coretan atau penebalan pada formulir harus ditandatangani oleh Pemegang Polis.
3. Berilah tanda ✓ pada kotak jawaban yang dipilih.

NOMOR POLIS

NO. HANDPHONE +62

NAMA PEMEGANG POLIS

Lampirkan fotokopi KTP/Paspor

ALAMAT EMAIL

TELEPON RUMAH

Kode area

TELEPON KANTOR

1. DATA KORESPONDENSI

Alamat Korespondensi :

Kode Pos :

No. Handphone :

+62

No. Telepon Rumah :

Kode area

Alamat Email :

2. CETAK ULANG KARTU

Nama Lengkap :

Keterangan :

- Biaya Administrasi Rp. 50,000 per kartu
- Kartu lama secara otomatis dinonaktifkan

3. FREKUENSI BAYAR

Frekuensi bayar yang baru:

- Tahunan Kuartalan
 Semesteran Bulanan

- Perubahan dari skala kecil ke besar wajib membayarkan kekurangan premi
- Premi \leq dari Rp.500.000,- wajib melakukan perubahan ke Autodebet Rekening atau Autodebet Kartu Kredit dengan mengisi Surat Kuasa Pendebeban
- Khusus produk tradisional, hanya bisa dilakukan pada ulang tahun Polis

4. METODE BAYAR

Metode bayar yang baru :

- Virtual Account

Keterangan :
Perubahan ke Autodebet Rekening atau Autodebet Kartu Kredit, dapat langsung mengisi Surat Kuasa Pendebeban

5. CETAK ULANG POLIS

- Polis, Biaya Rp. 300,000

Atau

- Polis Elektronik, Biaya Rp. 100,000

6. PERUBAHAN YANG DITUNJUK (PENERIMA MANFAAT)

Yang ditunjuk menerima Uang Pertanggung bila Tertanggung Meninggal Dunia (Nama sesuai dengan identitas yang sah)

6.1. DATA PENERIMA MANFAAT I

Nama Lengkap:

Jenis Kelamin:

Pria Wanita

Hubungan*):

Negara Lahir:

Tanggal Lahir:

Negara Domisili:

Persentase**):

Kewarganegaraan:

6.2. DATA PENERIMA MANFAAT II

Nama Lengkap:

Jenis Kelamin:

Pria Wanita

Hubungan*):

Negara Lahir:

Tanggal Lahir:

Negara Domisili:

Persentase**):

Kewarganegaraan:

*) Keterangan Hubungan dengan Calon Tertanggung Utama : Suami, Istri, Anak, Ibu, Kakak, Adik atau Lainnya. Untuk Lainnya mohon melampirkan Surat Keterangan Asuransi.

6.3. DATA PENERIMA MANFAAT III

Nama Lengkap:

Jenis Kelamin: Pria Wanita Hubungan*):

Negara Lahir: Tanggal Lahir: tgl bln thn

Negara Domisili: Persentase**):

Kewarganegaraan:

6.4. DATA PENERIMA MANFAAT IV

Nama Lengkap:

Jenis Kelamin: Pria Wanita Hubungan*):

Negara Lahir: Tanggal Lahir: tgl bln thn

Negara Domisili: Persentase**):

Kewarganegaraan:

*) Keterangan Hubungan dengan Calon Tertanggung Utama : Suami, Istri, Anak, Ibu, Kakak, Adik atau Lainnya. Untuk Lainnya mohon melampirkan Surat Keterangan Asuransi.
 **) Jika tidak dinyatakan presentase besar bagian, maka diartikan dibagi secara prorata (merata)

7. PERUBAHAN PEMEGANG POLIS

DATA CALON PEMEGANG POLIS BARU

1. Nama Lengkap:
 (Lampirkan KTP/Paspor)

Jenis Kelamin: Pria Wanita Status Pernikahan: Menikah Belum Menikah Janda/Duda

2. Tempat Lahir: Tanggal Lahir: tgl bln thn

3. Negara Lahir: Kewarganegaraan:

4. Jenis Identitas: KTP (khusus WNI) Paspor (khusus WNA) No. Identitas:
 No. NPWP *):
 *)Apabila Pemegang Polis adalah Perusahaan

5. Alamat Rumah:
 (Sesuai dengan alamat yang tertera pada KTP/Paspor)

Kode Pos:

6. Alamat Korespondensi:
 (Jika alamat rumah sebagai alamat korespondensi tidak perlu mengisi pada kolom ini)

Kode Pos: Negara Domisili:

7. No. Handphone: +62 No. Telepon Rumah: -

8. Alamat Email:

9. Pekerjaan: Uraian Pekerjaan: (Contoh: Admin, dalam ruangan, alat berat, dsb)

10. Bidang Usaha:

11. Nama Perusahaan/Sekolah:

12. Jabatan:

13. Hubungan dengan Tertanggung: Diri Sendiri Anak Orang Tua Suami/Istri Saudara Kandung Lainnya, sebutkan _____

14. Nama Gadis Ibu Kandung:
 (Jika tidak tahu nama gadis Ibu Kandung, jelaskan)

Uraian Penjelasan:

ALASAN PERUBAHAN

Pemegang Polis Baru

Tertanggung Utama

Lainnya, _____

PEMBAYAR PREMI

Gaji

Hasil Investasi

Bisnis Pribadi

Bonus/Komisi

Lainnya, _____

SUMBER PENGHASILAN PEMBAYAR PREMI

< 12 Juta

> 12-60 Juta

> 60-120 Juta

> 120-300 Juta

> 300-500 Juta

> 500 Juta

PENGHASILAN KOTOR PERTAHUN

< 12 Juta

> 12-60 Juta

> 60-120 Juta

> 120-300 Juta

> 300-500 Juta

> 500 Juta

Catatan: Jika Pemegang Polis Lama telah meninggal dunia, maka wajib melampirkan fotokopi akta kematian.

8. PERUBAHAN DATA PEMEGANG POLIS/TERTANGGUNG

Perubahan Data atas : Pemegang Polis Tertanggung Utama Tertanggung Tambahan I / II / III / IV

Perubahan Nama (Nama Baru) :

Tempat Lahir Baru : Tanggal Lahir Baru: tgl bln thn

Keterangan : - Untuk perubahan data lebih dari 1 orang, Pemegang Polis wajib mengisi formulir kembali dan melampirkan dokumen pendukung (akta ganti nama, akta kelahiran, dst.)
 - Perubahan Tanggal Lahir hanya untuk Pemegang Polis

DATA CALON TERTANGGUNG TAMBAHAN III

1. Nama Lengkap (Lampirkan KTP/Paspor)

Jenis Kelamin Pria Wanita Status Pernikahan Menikah Belum Menikah Janda/Duda

2. Tempat Lahir Tanggal Lahir: tgl bln thn

3. Negara Lahir Kewarganegaraan:

4. Jenis Identitas KTP (Khusus WNI) Paspor (Khusus WNA) No. Identitas:

Akta Lahir No. NPWP:

5. Pekerjaan Uraian Pekerjaan: (Contoh: Admin, dalam ruangan, alat berat, dsb)

6. Bidang Usaha

7. Nama Perusahaan/Sekolah

8. Jabatan

9. Hub.Tertanggung Tambahan III dengan Tertanggung Utama Suami/Istri Anak Orang Tua Saudara Kandung Lainnya, sebutkan

DATA CALON TERTANGGUNG TAMBAHAN IV

1. Nama Lengkap (Lampirkan KTP/Paspor)

Jenis Kelamin Pria Wanita Status Pernikahan Menikah Belum Menikah Janda/Duda

2. Tempat Lahir Tanggal Lahir: tgl bln thn

3. Negara Lahir Kewarganegaraan:

4. Jenis Identitas KTP (Khusus WNI) Paspor (Khusus WNA) No. Identitas:

Akta Lahir No. NPWP:

5. Pekerjaan Uraian Pekerjaan: (Contoh: Admin, dalam ruangan, alat berat, dsb)

6. Bidang Usaha

7. Nama Perusahaan/Sekolah

8. Jabatan

9. Hub.Tertanggung Tambahan IV dengan Tertanggung Utama Suami/Istri Anak Orang Tua Saudara Kandung Lainnya, sebutkan

DEKLARASI PEP

Apakah Anda dan/atau salah satu dari pihak dalam Polis ini merupakan Orang Yang Populer Secara Politis (*Politically Exposed Person/ PEP*)?

Ya Tidak

Jika ya, mohon sebutkan pihak yang termasuk dalam kategori PEP.

Pemegang Polis Tertanggung Utama Tertanggung Tambahan I Tertanggung Tambahan II Tertanggung Tambahan III

Tertanggung Tambahan IV Penerima Manfaat I Penerima Manfaat II Penerima Manfaat III Penerima Manfaat IV

DEFINISI TERKAIT PEP

PEP (*Politically Exposed Person*) adalah orang yang diberi kewenangan untuk melakukan fungsi penting oleh negara, seperti kepala negara atau pemerintahan, politisi senior, pejabat pemerintah senior, pejabat militer/pejabat di bidang penegakan hukum, eksekutif senior pada perusahaan yang dimiliki oleh negara, pejabat penting dalam partai politik, dan orang yang diberi kewenangan untuk melakukan fungsi oleh organisasi internasional (mengacu pada POJK No. 8 Tahun 2023 tentang Penerapan Program Anti Pencucian Uang, Pencegahan Pendanaan Terorisme, dan Pencegahan Pendanaan Proliferasi Senjata Pemusnah Massal di Sektor Jasa Keuangan).

INFORMASI FATCA (FOREIGN ACCOUNT TAX COMPLIANCE ACT) dan/atau CRS (COMMON REPORTING STANDARD)

Berdasarkan ketentuan *Foreign Account Tax Compliance Act of United States of America (FATCA)* dan/atau *Common Reporting Standard (CRS)*, PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia mewajibkan Anda untuk menjawab pertanyaan di bawah ini:

- a. Apakah Pemegang Polis dan/atau Penerima Manfaat dalam Formulir Perubahan ini memiliki kewajiban pajak (*tax residency*) di negara selain Indonesia?
- b. Apakah Pemegang Polis dan/atau Penerima Manfaat dalam Formulir Perubahan ini membayar pajak di Amerika Serikat atau memiliki penghasilan yang menjadi objek pajak di Amerika Serikat?

Ya, atas salah satu atau kedua pertanyaan (Harap mengisi tabel negara/yurisdiksi kewajiban pajak dibawah ini)

Tidak keduanya

NEGARA/YURISDIKSI TEMPAT KEWAJIBAN PAJAK

Penjelasan Tambahan Pengisian Kolom

1. Apabila Nomor Wajib Pajak ("TIN") tidak tersedia, harap memberikan alasan A, B, atau C:

Alasan	Penjelasan
A	Negara dimana pemegang rekening bertanggung jawab untuk membayar dan/atau melaporkan pajak tidak mengeluarkan TIN
B	Pemegang rekening tidak dapat memperoleh TIN <small>(Mohon jelaskan alasan tidak dapat memperoleh TIN di kolom dibawah ini)</small>
C	TIN tidak diperlukan oleh negara / yurisdiksi yang terkait

2. Untuk Wajib Pajak Amerika Serikat harus mencantumkan TIN

INFORMASI FATCA (FOREIGN ACCOUNT TAX COMPLIANCE ACT) dan/atau CRS (COMMON REPORTING STANDARD)

No.	Nama	Negara/Yurisdiksi tempat kewajiban pajak	Nomor Wajib Pajak (TIN)	Apabila tidak memiliki Nomor Wajib Pajak harap sebutkan alasan (A/B/C)	Penjelasan atas Jawaban tidak memperoleh Nomor Wajib Pajak

PERNYATAAN TERKAIT FATCA/CRS

Saya/Kami setuju:

Berdasarkan ketentuan Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) dan/atau Common Reporting Standard (CRS), maka dengan ini Saya/Kami menyatakan dan menjamin bahwa informasi Nomor Identitas Pajak dan data atas diri Saya/Kami yang diserahkan oleh Saya/Kami kepada PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia adalah benar dan wajib memberikan pemberitahuan atas perubahan yang berhubungan dengan data pribadi dan status kepada PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia dalam waktu 30 hari kalender setelah perubahan atau apabila Saya/Kami menjadi wajib pajak lebih dari satu negara dan dalam waktu tertentu. Pembaharuan status merupakan tanggung jawab Saya/Kami dan bukan merupakan tanggung jawab PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia. Untuk kepentingan pelaporan terkait Rekening Keuangan milik Saya/Kami, Saya/Kami bersedia menandatangani dokumen-dokumen yang dipersyaratkan dan memberikan kuasa dan wewenang kepada PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia untuk menggunakan data, informasi diri dan segala perubahan yang terjadi kepada pihak yang berwenang terkait FATCA dan CRS dalam rangka pelaporan.

WAJIB DIISI

Rekening wajib atas nama Pemegang Polis, dan lampirkan fotokopi nomor rekening

Nama Pemilik Rekening

Nama Bank

Nomor Rekening *Mata Uang* *Rupiah*

SYARAT DAN KETENTUAN

1. Pengajuan akan diproses setelah formulir dan/atau berkas lainnya yang dipersyaratkan, telah diisi secara benar dan lengkap.
2. Pengajuan yang telah diterima dan disetujui oleh Penanggung tidak dapat dibatalkan.
3. Formulir harus diberikan tanda tangan basah.
4. Biaya administrasi bank atau transfer ditanggung oleh Pemegang Polis (jika ada).

PERNYATAAN DAN KUASA

Saya/Kami yang bertandatangan di bawah ini menyatakan bahwa :

1. Telah mengerti dan menyetujui syarat dan ketentuan tersebut di atas.
2. Telah mengisi dan menandatangani formulir ini.
3. Telah mengerti dan memahami bahwa PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia akan melakukan pembaruan data berdasarkan nomor telepon, email dan data rekening pada formulir ini.
4. Telah menyetujui bahwa PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia akan mengirimkan pemberitahuan melalui email atau alamat korespondensi.
5. Bersedia melakukan pemeriksaan kesehatan atau persyaratan lainnya dengan biaya yang menjadi tanggungan Saya/Kami.
6. Bersedia ditinjau ulang atau dibatalkan apabila terdapat pengisian yang tidak benar.
7. Telah mengetahui bahwa perubahan akan diproses oleh PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia setelah melunasi premi tertunggak dan biaya pemulihan (jika ada) sesuai dengan ketentuan tiap produk.
8. Telah mengetahui bahwa perubahan asuransi tambahan (Rider) akan berlaku pada tanggal penagihan biaya asuransi terdekat.
9. Telah mengerti dan memahami bahwa perubahan uang pertanggungan dan/atau perubahan premi akan mempengaruhi nilai Loyalty Bonus (jika ada) sesuai dengan ketentuan tiap produk.
10. Menjamin, membebaskan dan membela PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia, termasuk para Komisaris, Direksi, Pemegang Saham dan Karyawan dari segala tuntutan dan/atau gugatan kerugian, pengeluaran dan ketidaknyamanan yang mungkin timbul dari siapapun juga, termasuk dari Saya/Kami, sehubungan dengan perubahan yang menggunakan harga unit pada hari kerja berikutnya (H+1).

PERNYATAAN DAN KUASA

Ditandatangani di:

Tempat

Waktu: tgl bln thn

UNTUK SEMUA PERUBAHAN POLIS

Pemegang Polis

(Nama Jelas dan Tanda tangan)

Tenaga Pemasar

(Nama Jelas dan Tanda tangan)

HANYA UNTUK PERUBAHAN NO. 7

Pemegang Polis Baru

(Nama Jelas dan Tanda tangan)

UNTUK SEMUA PERUBAHAN NO. 15

Tertanggung Tambahan I

(Nama Jelas dan Tanda tangan)

Tertanggung Tambahan II

(Nama Jelas dan Tanda tangan)

Tertanggung Tambahan III

(Nama Jelas dan Tanda tangan)

Tertanggung Tambahan IV

(Nama Jelas dan Tanda tangan)

BAGIAN INI DIISI OLEH PETUGAS DARI PT ASURANSI JIWA GENERALI INDONESIA

CATATAN

Diproses pada : tgl bln thn

Oleh :

(Nama dan Tanda tangan)

Dicek pada : tgl bln thn

Oleh :

(Nama dan Tanda tangan)



PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia

Generali Tower, Lantai 7
Gran Rubina Business Park
Kawasan Rasuna Epicentrum
Jl. H.R. Rasuna Said Kavling C-22
Jakarta 12940

generalico.id

Customer CARE Generali Indonesia

Email : care@generalico.id
Telp. : 1500037