



FORMULIR PERUBAHAN DATA PENERIMA MANFAAT / PERUBAHAN PENERIMA MANFAAT UNTUK PEMEGANG POLIS PERORANGAN NON SYARIAH/SYARIAH

- Formulir Perubahan Data Penerima Manfaat / Perubahan Penerima Manfaat untuk Pemegang Polis Perorangan Non Syariah/Syariah ("Formulir") ini tidak berlaku bagi Pemegang Polis Badan Usaha.
- Wajib diisi dengan tulisan tangan menggunakan PULPEN, TINTA WARNA HITAM, HURUF CETAK, JELAS dan memberi tanda ✓ pada kolom sesuai perubahan yang diajukan.
- Jika terjadi salah penulisan jangan dihapus, tetapi dicoret dan bubuhkan tanda tangan Pemegang Polis di sebelahnya sesuai dengan kartu identitas diri yang dilampirkan.
- Formulir ini wajib diisi secara lengkap dan menyertakan seluruh persyaratan yang tertera pada Formulir ini.
- Mohon tidak menandatangani Formulir ini dalam keadaan kosong dan pastikan semua pertanyaan telah diisi dengan lengkap dan benar sebelum menandatangani.

SAYA yang bertandatangan dibawah ini merupakan Pemegang Polis dengan data sebagai berikut:

Nomor Polis :

Nama Pemegang Polis :

setuju untuk mengajukan perubahan atas Polis SAYA di atas sebagai berikut:

Perubahan Penerima Manfaat menjadi:

No	Nama Lengkap (sesuai kartu identitas diri yang dilampirkan)*	Tanggal Lahir			L/P	Status Pernikahan	%**	Hubungan dengan Tertanggung Utama/ Peserta Utama (Yang Diasuransikan)
		Tgl	Bln	Thn				
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Belum Menikah <input type="checkbox"/> Menikah <input type="checkbox"/> Duda/Janda	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Belum Menikah <input type="checkbox"/> Menikah <input type="checkbox"/> Duda/Janda	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Belum Menikah <input type="checkbox"/> Menikah <input type="checkbox"/> Duda/Janda	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Belum Menikah <input type="checkbox"/> Menikah <input type="checkbox"/> Duda/Janda	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Belum Menikah <input type="checkbox"/> Menikah <input type="checkbox"/> Duda/Janda	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Belum Menikah <input type="checkbox"/> Menikah <input type="checkbox"/> Duda/Janda	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Belum Menikah <input type="checkbox"/> Menikah <input type="checkbox"/> Duda/Janda	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Belum Menikah <input type="checkbox"/> Menikah <input type="checkbox"/> Duda/Janda	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Belum Menikah <input type="checkbox"/> Menikah <input type="checkbox"/> Duda/Janda	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Belum Menikah <input type="checkbox"/> Menikah <input type="checkbox"/> Duda/Janda	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* Sebutkan seluruh Penerima Manfaat Polis. Jika jumlah Penerima Manfaat melebihi kolom yang tersedia, dapat dituliskan pada Amandemen/Surat Pernyataan terpisah dan ditandatangani oleh Pemegang Polis.

** Mohon Anda menentukan besarnya Manfaat Asuransi dalam kelipatan 5% dengan total 100%. Apabila % tidak diisi, secara otomatis Manfaat Asuransi akan dibagi rata di antara Pihak-pihak Yang akan menerima manfaat asuransi.

Catatan untuk Pemegang Polis Syariah:

Perlu diketahui bahwa dalam hal Pengelola menyetujui pembayaran klaim atas diri Peserta Utama (Yang Diasuransikan), Pengelola akan membayarkan klaim kepada Pemegang Polis. Jika Pemegang Polis sudah meninggal dunia, maka Pengelola akan membayarkan ke Penerima Manfaat. Ketentuan yang lebih rinci dapat dilihat pada Ketentuan Polis.

Alasan perubahan Penerima Manfaat:

Perubahan Data Penerima Manfaat Saat ini menjadi: (Mohon mengisi data yang hanya Anda rubah)

No	Jenis Perubahan	Penerima Manfaat 1	Penerima Manfaat 2
1	Nama Lama		
	Nama Baru*		
2	Tanggal Lahir*	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (tgl-bln-thn)	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (tgl-bln-thn)
	Tempat Lahir		
	Negara Tempat Lahir	<input type="checkbox"/> Indonesia <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:	<input type="checkbox"/> Indonesia <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:
3	Jenis Kelamin	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
4	Persentase	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	Hubungan dengan Tertanggung Utama /Peserta Utama (Yang Diasuransikan)		
6	Status Pernikahan	<input type="checkbox"/> Belum Menikah <input type="checkbox"/> Menikah <input type="checkbox"/> Duda/Janda	<input type="checkbox"/> Belum Menikah <input type="checkbox"/> Menikah <input type="checkbox"/> Duda/Janda

*Jika melakukan koreksi/perubahan nama dan/atau tanggal lahir mohon mengisi alasan pada kolom dibawah ini.

No	Jenis Perubahan	Penerima Manfaat 3	Penerima Manfaat 4
1	Nama Lama		
	Nama Baru*		
2	Tanggal Lahir*	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (tgl-bln-thn)	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (tgl-bln-thn)
	Tempat Lahir		
	Negara Tempat Lahir	<input type="checkbox"/> Indonesia <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:	<input type="checkbox"/> Indonesia <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:
3	Jenis Kelamin	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
4	Persentase	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	Hubungan dengan Tertanggung Utama /Peserta Utama (Yang Diasuransikan)		
6	Status Pernikahan	<input type="checkbox"/> Belum Menikah <input type="checkbox"/> Menikah <input type="checkbox"/> Duda/Janda	<input type="checkbox"/> Belum Menikah <input type="checkbox"/> Menikah <input type="checkbox"/> Duda/Janda

*Jika melakukan koreksi/perubahan nama dan/atau tanggal lahir mohon mengisi alasan pada kolom dibawah ini.

No	Jenis Perubahan	Penerima Manfaat 5	Penerima Manfaat 6
1	Nama Lama		
	Nama Baru*		
2	Tanggal Lahir*	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (tgl-bln-thn)	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (tgl-bln-thn)
	Tempat Lahir		
	Negara Tempat Lahir	<input type="checkbox"/> Indonesia <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:	<input type="checkbox"/> Indonesia <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:
3	Jenis Kelamin	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
4	Persentase	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	Hubungan dengan Tertanggung Utama /Peserta Utama (Yang Diasuransikan)		
6	Status Pernikahan	<input type="checkbox"/> Belum Menikah <input type="checkbox"/> Menikah <input type="checkbox"/> Duda/Janda	<input type="checkbox"/> Belum Menikah <input type="checkbox"/> Menikah <input type="checkbox"/> Duda/Janda

*Jika melakukan koreksi/perubahan nama dan/atau tanggal lahir mohon mengisi alasan pada kolom dibawah ini.

Dengan ini SAYA menyatakan bahwa nama dan/atau tanggal lahir yang dikoreksi/diubah adalah atas Orang yang sama dan alasan dilakukan koreksi/perubahan tanggal lahir tersebut adalah:

**PERSYARATAN DAN KETENTUAN PERUBAHAN DATA PENERIMA MANFAAT / PERUBAHAN PENERIMA MANFAAT
UNTUK PEMEGANG POLIS PERORANGAN NON SYARIAH/SYARIAH**

Persyaratan/Dokumen Yang Harus Diserahkan Ke Kantor Pusat PT Prudential Life Assurance.

Pemegang Polis harus memenuhi Persyaratan dan Ketentuan di bawah ini:

I. Persyaratan/Dokumen Umum yang harus diserahkan ke Kantor Pusat:

1. Formulir asli yang telah diisi lengkap dan jelas serta ditandatangani oleh Pemegang Polis.
2. Fotokopi KTP (diutamakan) SIM/Paspor (untuk WNI) atau Paspor dan KIMS/ KITAS/ KITAP (untuk WNA) Pemegang Polis yang masih berlaku.

II. Ketentuan Umum:

1. Polis dalam status aktif (inforce).
2. Formulir ini harus diterima di Kantor Pusat PT Prudential Life Assurance tidak lebih dari 30 hari kalender sejak tanggal ditandatanganinya. Khusus untuk Program Wakaf yang menggunakan Dokumen B (jumlah maksimal wakaf adalah 95% dari Santunan Asuransi) maka Dokumen Janji dan Ikrar Wakaf Wasiat Polis Asuransi Jiwa harus diterima oleh PT Prudential Life Assurance tidak lebih dari 30 hari sejak Polis diterbitkan.
3. Formulir yang diterima oleh PT Prudential Life Assurance bersifat final dan akan digunakan sebagai dasar pengajuan Perubahan Data Penerima Manfaat / Perubahan Penerima Manfaat untuk Pemegang Polis Perorangan.
4. Tanda tangan Pemegang Polis harus sama dengan specimen tanda tangan yang terdapat pada Kartu Identitas Diri yang berlaku, Surat Pengajuan Asuransi Jiwa (SPAJ) atau Formulir Perubahan Tanda Tangan, mana yang terkini.

III. Ketentuan Khusus dan Persyaratan/Dokumen Khusus terkait dengan Perubahan Penerima Manfaat, Perubahan Pemegang Polis dan Perubahan Pembayar Premi/Kontribusi :

<p>1. Perubahan Penerima Manfaat Baru. Ketentuan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penerima Manfaat adalah setiap Pihak (Orang atau Badan) yang mempunyai hubungan kepentingan asuransi (<i>insurable interest</i>) terhadap Tertanggung Utama/Peserta Utama (Yang Diasuransikan) atas pertanggung/kepesertaan Yang Bersangkutan. - Orang atau Badan atau penunjukan tersebut tidak bertentangan dengan hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku di negara Republik Indonesia. - Lembaga Wakaf (Nazhir) rekanan PT Prudential Life Assurance dapat menjadi Penerima Manfaat dengan tetap memperhatikan ketentuan yang berlaku di PT Prudential Life Assurance. - Perubahan Lembaga Wakaf (Nazhir) hanya dapat dilakukan 1 kali dalam 1 tahun Polis. - Pembatalan Lembaga Wakaf (Nazir) sebagai Penerima Manfaat hanya dapat dilakukan 1 kali selama polis berjalan. 	<p>Persyaratan/Dokumen yang Harus Diserahkan ke Kantor Pusat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada Persyaratan Khusus
<p>2. Koreksi/Perubahan Data Penerima Manfaat Saat ini. Ketentuan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Koreksi atau perubahan Data Penerima Manfaat saat ini berlaku hanya untuk orang yang sama. 	<p>Persyaratan/Dokumen yang Harus Diserahkan ke Kantor Pusat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fotokopi kartu identitas diri yang mencantumkan Data Penerima Manfaat saat ini yang telah dikoreksi/diubah - Fotokopi akta kelahiran dengan Data Penerima Manfaat saat ini yang telah dikoreksi/diubah yang telah mendapat pengesahan (jika usia kurang dari 17 tahun). - Fotokopi akta penetapan ganti nama yang dikeluarkan oleh pengadilan untuk pemilik nama yang diubah. - Fotokopi akta kelahiran yang mencantumkan tanggal lahir yang telah dikoreksi dan mendapat pengesahan.

Pernyataan Pemegang Polis (Selanjutnya disebut "SAYA", harap dibaca dengan teliti sebelum menandatangani Formulir ini)

SAYA yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan telah memahami dan menyetujui pernyataan di bawah ini:

1. Semua keterangan yang diberikan di dalam Formulir ini adalah benar telah SAYA tulis dan buat atas keinginan dan persetujuan SAYA, serta tidak ada keterangan maupun hal-hal lain yang SAYA sembunyikan. Segala risiko yang timbul termasuk yang diakibatkan karena Formulir ini ditandatangani dalam keadaan kosong/belum terisi lengkap menjadi tanggung jawab SAYA.
2. PT Prudential Life Assurance dapat meminta dokumen berupa bukti penghasilan atau dokumen lainnya yang diperlukan untuk memastikan kesesuaian profil SAYA dan/atau Tertanggung/Peserta (Yang Diasuransikan) dan/atau Calon Pembayar Premi/Kontribusi. Dalam hal dokumen yang diperlukan tersebut tidak diterima PT Prudential Life Assurance atau dokumen yang diperlukan tersebut mempunyai informasi yang berbeda dan/atau tidak lengkap dengan informasi yang sebelumnya diterima oleh PT Prudential Life Assurance, maka SAYA menyetujui bahwa PT Prudential Life Assurance berhak menanggungkan transaksi apa pun yang SAYA ajukan dengan memberikan pemberitahuan kepada SAYA.
3. Bahwa pada waktu SAYA mengajukan klaim Manfaat Asuransi, PT Prudential Life Assurance berhak meminta bukti keabsahan hubungan keterkaitan asuransi antara Pemegang Polis, Tertanggung/Peserta (Yang Diasuransikan) dan Penerima Manfaat. Dalam hal hubungan antara Pemegang Polis, Tertanggung/Peserta (Yang Diasuransikan) dan Penerima Manfaat terdapat perbedaan dengan yang tertulis di Formulir ini (tidak bisa diverifikasi), PT Prudential Life Assurance berhak meminta dokumen pendukung yang wajar dan relevan dengan pengajuan klaim.
4. SAYA dan/atau Tertanggung/Peserta (Yang Diasuransikan), dengan ini memberikan kuasa dan izin kepada:
 - (i) PT Prudential Life Assurance untuk meminta catatan riwayat kesehatan Tertanggung/Peserta (Yang Diasuransikan) atau informasi lain mengenai diri Tertanggung/Peserta (Yang Diasuransikan) dari setiap Tenaga Medis, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Laboratorium, perusahaan asuransi, perusahaan reasuransi, badan, instansi/lembaga atau pihak lain yang mempunyai catatan/informasi riwayat kesehatan atau informasi lain mengenai diri Tertanggung/Peserta (Yang Diasuransikan); dan
 - (ii) Setiap Tenaga Medis, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Laboratorium, perusahaan asuransi, perusahaan reasuransi, badan, instansi/lembaga atau pihak lain yang mempunyai catatan riwayat kesehatan atau informasi lain mengenai diri Tertanggung/Peserta (Yang Diasuransikan) untuk mengungkapkan atau memberikan kepada PT Prudential Life Assurance semua catatan riwayat kesehatan, atau perawatan atau informasi lain mengenai diri Tertanggung/Peserta (Yang Diasuransikan).

Pemberian kuasa ini tidak dapat ditarik kembali atau dibatalkan dan tetap berlaku pada waktu Tertanggung/Peserta (Yang Diasuransikan) masih hidup maupun sesudah meninggal dunia, maupun oleh sebab-sebab yang disebutkan dalam Pasal 1813, Pasal 1814, dan Pasal 1816 Kitab Undang-undang Hukum Perdata Indonesia. Salinan/fotokopi dari kuasa ini memiliki kekuatan hukum yang sama dan mengikat sesuai dengan aslinya.
5. SAYA dan Tertanggung/Peserta (Yang Diasuransikan) dengan ini memberikan kuasa dan izin kepada PT Prudential Life Assurance untuk menggunakan atau memberikan informasi kesehatan atau keterangan mengenai diri Tertanggung/Peserta (Yang Diasuransikan) yang tersedia, diperoleh atau disimpan oleh PT Prudential Life Assurance, kepada perusahaan asuransi, perusahaan reasuransi atau pihak-pihak lain dalam rangka pengajuan dan pembayaran klaim, maupun pelayanan nasabah.
6. Jika ada perbedaan data antara data di Polis sebelumnya dengan data di dalam Formulir ini, maka yang berlaku adalah data yang tertera di dalam Formulir ini.
7. PT Prudential Life Assurance dari waktu ke waktu dapat menggunakan informasi pribadi (termasuk namun tidak terbatas pada nama, alamat surat menyurat, alamat e-mail, nomor telepon kantor, nomor telepon rumah, nomor telepon genggam dan lainnya) yang SAYA berikan dalam Formulir ini, serta informasi terkait Polis SAYA, termasuk memberikannya pada Pihak Ketiga sepanjang dianggap perlu oleh PT Prudential Life Assurance dalam rangka memberikan pelayanan Polis atau untuk tujuan lain seperti informasi produk, dan layanan terbaru sehubungan dengan pertanggung/kepesertaan SAYA berdasarkan Polis dengan tunduk pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.

8. PT Prudential Life Assurance dapat menghubungi SAYA dan/atau Tertanggung/Peserta (Yang Diasuransikan), baik secara langsung maupun melalui Tenaga Pemasar atau pihak lain yang ditunjuk oleh PT Prudential Life Assurance, untuk menyampaikan informasi mengenai Polis, informasi terkait produk atau layanan PT Prudential Life Assurance. Dalam hal informasi tersebut diberikan melalui Short Message Service (SMS) dan atau media komunikasi lainnya, SAYA menyetujui bahwa SMS dan atau media komunikasi lainnya tersebut dapat terkirim baik pada atau di luar hari/ jam kerja.
9. Apabila di kemudian hari diketahui bahwa keterangan dan/atau pernyataan dan/atau pemberitahuan yang disampaikan dalam Formulir ini ternyata keliru, atau ditemukan adanya dokumen lain yang sah secara hukum dan membatalkan dokumen yang telah diberikan, maka SAYA mengerti bahwa PT Prudential Life Assurance dapat membatalkan persetujuan atas pengajuan perubahan ini.
10. Dalam hal Pemegang Polis dan/atau Tertanggung/Peserta (Yang Diasuransikan) dan/atau Penerima Manfaat memiliki Polis di PT Prudential Life Assurance ("Polis Prudential") dan/atau Tertanggung/Peserta (Yang Diasuransikan) dan/atau Penerima Manfaat berbeda dengan data terbaru pada Formulir perubahan ini, maka SAYA setuju bahwa PT Prudential Life Assurance dapat mengganti data Polis Prudential dengan data yang tertera pada Formulir perubahan ini.
11. Sehubungan dengan Peraturan Otoritas Jasa Keuangan nomor 25/POJK.03/2019 tentang Pelaporan Informasi Nasabah Asing Terkait Perpajakan Kepada Negara Mitra Atau Yurisdiksi Mitra dan peraturan pelaksanaannya (jika ada), dan Peraturan Menteri Keuangan nomor 70/PMK.03/2017 sebagaimana diubah terakhir oleh Peraturan Menteri Keuangan nomor 19/PMK.03/2018 tentang Penyampaian Informasi Nasabah Asing Terkait Perpajakan Kepada Negara Mitra atau Yurisdiksi, dan perubahan selanjutnya (jika ada), Saya sepenuhnya mengerti dan setuju dalam hal-hal sebagai berikut:
 - a. bahwa PT Prudential Life Assurance diwajibkan untuk mempelajari dan mematuhi atau memenuhi persyaratan dari hukum, peraturan, perintah, dan persyaratan-persyaratan termasuk Persyaratan yang Relevan berdasarkan *Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA)* serta *Common Reporting Standard (CRS)* dan permintaan dari setiap badan yudisial, pajak, pemerintah dan/atau badan pengatur, termasuk namun tidak terbatas pada *Internal Revenue Services (IRS)* dan Amerika Serikat dan *Organization for Economic Co-operation and Development (OECD)* (selanjutnya disebut "Otoritas-otoritas" dan secara sendiri disebut "Otoritas") dalam berbagai yurisdiksi sebagaimana diterbitkan dan diubah dari waktu ke waktu (selanjutnya disebut "Persyaratan yang Relevan"). Dalam hal ini, SAYA menyetujui seluruh langkah yang secara wajar dianggap perlu untuk diambil oleh PT Prudential Life Assurance untuk memastikan kepatuhan atau ketaatan PT Prudential Life Assurance dengan Persyaratan yang Relevan, secara khusus pengungkapan atas keadaan khusus SAYA terhadap otoritas.
 - b. bahwa PT Prudential Life Assurance dapat mengungkap keadaan khusus SAYA atau informasi apapun mengenai diri SAYA kepada Otoritas sehubungan dengan ketaatan terhadap Persyaratan yang Relevan. Pengungkapan tersebut dapat diberlakukan secara langsung atau dikirimkan melalui salah satu dari Kantor Pusat PT Prudential Life Assurance atau afiliasi lainnya dari PT Prudential Life Assurance. Untuk tujuan tersebut dan tanpa mengabaikan ketentuan manapun lainnya dalam Deklarasi atau Polis SAYA, PT Prudential Life Assurance dapat meminta SAYA untuk memberikan informasi lebih lanjut sebagaimana dipersyaratkan untuk pengungkapan kepada Otoritas manapun dan SAYA wajib memberikan informasi tersebut kepada PT Prudential Life Assurance dalam jangka waktu tertentu sebagaimana dapat dipersyaratkan secara wajar. SAYA memahami konsekuensi jika SAYA tidak bersedia menyampaikan pernyataan persetujuan, instruksi atau pemberian kuasa secara tertulis dan sukarela. PT Prudential Life Assurance berhak untuk menolak hubungan bisnis, transaksi dan/atau mengakhiri hubungan bisnis dengan SAYA, dan SAYA berhak menolak memberikan pernyataan persetujuan, instruksi atau pemberian kuasa secara tertulis dan sukarela, dengan menerima konsekuensi seperti yang disebutkan di atas.
 - c. Tanpa mengabaikan ketentuan manapun lainnya dari Deklarasi atau Polis SAYA, SAYA setuju untuk menyediakan dukungan yang mungkin secara wajar dibutuhkan untuk memungkinkan PT Prudential Life Assurance mematuhi kewajiban PT Prudential Life Assurance berdasarkan seluruh Persyaratan yang Relevan mengenai SAYA di PT Prudential Life Assurance.
 - d. SAYA dengan ini setuju untuk memberikan informasi kepada PT Prudential Life Assurance secara tepat waktu atas setiap perubahan apapun dari keterangan yang sebelumnya telah disampaikan kepada PT Prudential Life Assurance, atau selambat-lambatnya 90 (sembilan puluh) hari kalender sejak terjadinya perubahan yang dimaksud, baik pada saat pengisian Formulir ini atau di waktu manapun lainnya. Secara khusus, merupakan hal yang sangat penting bagi SAYA untuk memberikan informasi kepada PT Prudential Life Assurance secara langsung apabila terdapat perubahan atas kewarganegaraan SAYA, status pajak atau wajib pajak atau jika SAYA menjadi wajib pajak di lebih dari satu negara. Jika salah satu dari perubahan ini terjadi atau jika informasi manapun lainnya mengindikasikan adanya perubahan dimaksud, PT Prudential Life Assurance dengan ini dapat meminta SAYA untuk memberikan dokumen-dokumen tertentu atau informasi terkait, dan SAYA setuju untuk memberikan informasi tersebut. Dokumen dan informasi tersebut adalah termasuk namun tidak terbatas pada pernyataan atau Formulir pajak (dan dilegalisasi oleh notaris, apabila diperlukan) yang telah dilengkapi dan/atau ditandatangani oleh SAYA.
 - e. Dalam hal SAYA tidak menyediakan informasi dan dokumen-dokumen sebagaimana yang dipersyaratkan oleh PT Prudential Life Assurance dalam jangka waktu tertentu atau jika salah satu dari informasi atau dokumen-dokumen yang disediakan tersebut tidak tersedia secara tepat waktu, tidak akurat atau tidak lengkap, maka dengan ini SAYA setuju bahwa PT Prudential Life Assurance dapat, untuk memastikan kepatuhan dan ketaatan yang berkelanjutan terhadap Persyaratan yang Relevan, mengambil setiap dan seluruh langkah yang PT Prudential Life Assurance anggap sesuai untuk memastikan kepatuhan atau ketaatan PT Prudential Life Assurance terhadap Pernyataan yang Relevan, atau mengambil langkah lainnya untuk melindungi kepentingan hukum dan/atau komersial PT Prudential Life Assurance.
12. Apabila pembayaran yang dilakukan terdapat indikasi mencurigakan sebagaimana yang tercantum pada UU No. 8 Tahun 2010 tentang Pencegahan dan Pemberantasan Tindak Pidana Pencucian Uang dan peraturan pelaksanaannya, maka Penanggung dapat melakukan hal-hal yang dibutuhkan sebagaimana tercantum di dalam peraturan perundang-undangan tersebut.
13. Sesuai dengan Peraturan OJK No.12/POJK.01/2017 sebagaimana diubah terakhir oleh Peraturan OJK No.23/POJK.01/2019 tentang Program Anti Pencucian Uang dan Pencegahan Pendanaan Terorisme di Sektor Jasa Keuangan, serta peraturan pelaksanaannya, SAYA menyadari, mengerti dan memahami bahwa SAYA memiliki kewajiban untuk senantiasa melakukan pengkinian data pribadi SAYA kepada Penanggung dan menyerahkan salinan dokumen pendukung yang berlaku kepada Penanggung. Berdasarkan peraturan tersebut, SAYA juga setuju bahwa Penanggung dapat menolak hubungan usaha/transaksi, membatalkan transaksi dan/atau menutup hubungan usaha dengan SAYA apabila SAYA, (1) tidak melakukan pengkinian data tersebut dan/atau; (2) diketahui dan/atau patut diduga menggunakan dokumen palsu dan/atau; (3) menyampaikan informasi yang diragukan kebenarannya dan/atau; (4) terdapat di dalam Daftar Terduga Teroris dan Organisasi Teroris dan/ atau; (5) terdapat di dalam Daftar Pendanaan Profilerasi Senjata Pemusnah Massal dan/atau; (6) memiliki sumber dana transaksi yang diketahui dan/atau patut diduga berasal dari hasil tindak pidana.
14. SAYA telah membaca seluruh persyaratan dan ketentuan yang terdapat pada Formulir ini.

Perubahan hanya akan diproses apabila ditandatangani dengan menggunakan pulpen.

Ditandatangani di _____ : _____
 Tanggal Pengajuan : - - (tanggal – bulan – tahun)

Tanda Tangan Pemegang Polis

(sesuai Kartu Identitas Diri yang berlaku, Surat Pengajuan Asuransi Jiwa (SPAJ) atau Formulir Perubahan Tanda Tangan, mana yang terkini)


 (_____)
 Nama Jelas

"Daftar Istilah Asuransi Jiwa dapat dilihat di www.prudential.co.id"