

**FORMULIR PERMOHONAN PENCETAKAN
SALINAN BUKU POLIS DAN KARTU KESEHATAN**

Nomor Polis :
 Nama Pemegang Polis :
 Nama Tertanggung :
 No. Ponsel dengan WA :
 No. Ponsel :
 E-mail terdaftar di Sequis :

Jenis Pengajuan: (berikan tanda V pada kotak yang tersedia)

Salinan Buku Polis Duplikat Buku Polis Cetak Ulang Kartu Kesehatan

Alasan Permohonan: (wajib diisi)

Tidak Terima Hilang Rusak

Lainnya, sebutkan :

Metode Pengiriman:

Pengiriman ke Kantor Pemasaran (khusus Polis Agency)

Pengiriman ke Alamat Pemegang Polis (khusus polis Bancasurance dan Telemarketing)

Alamat :

RT : RW : Kecamatan : Provinsi : Kode Pos :

KETENTUAN DAN PERNYATAAN PERMOHONAN PENCETAKAN SALINAN BUKU POLIS, DUPLIKAT POLIS DAN KARTU KESEHATAN

I. KETENTUAN UMUM

1. Formulir ini hanya digunakan untuk pengajuan permohonan dokumen sebagaimana yang dipilih Pemegang Polis.
2. Formulir ini hanya berlaku untuk 1 (satu) nomor polis.
3. Formulir ini wajib diisi dengan huruf CETAK dan LENGKAP dan tidak ditandatangani dalam keadaan KOSONG.
4. Persyaratan/Dokumen yang harus diserahkan ke PT Asuransi Jiwa Sequis Life ("Sequis Life"):

Jenis Permintaan Dokumen	Persyaratan Dokumen dan Biaya
Salinan Buku Polis	<input type="checkbox"/> Formulir yang telah diisi lengkap dan jelas <input type="checkbox"/> Fotokopi e-KTP Pemegang Polis (WNI) atau Paspor (WNA) yang masih berlaku <input type="checkbox"/> Bukti bayar biaya cetak salinan buku polis sebesar Rp125.000,- (Seratus Dua Puluh Lima Ribu Rupiah) per buku polis, yang dibayarkan melalui Virtual Account Kantor Pemasaran
Duplikat Buku Polis	<input type="checkbox"/> Formulir yang telah diisi lengkap dan jelas <input type="checkbox"/> Fotokopi e-KTP Pemegang Polis (WNI) atau Paspor (WNA) yang masih berlaku <input type="checkbox"/> Surat Keterangan Kehilangan Buku Polis dari Kepolisian <input type="checkbox"/> Khusus polis agency, bukti pembayaran biaya pencetakan ulang Buku Polis sebesar Rp125.000,- dibayarkan melalui Virtual Account masing-masing Kantor Pemasaran <input type="checkbox"/> Khusus polis telemarketing atau Bancasurance, bukti pembayaran biaya pencetakan ulang Buku Polis sebesar Rp125.000,- dibayarkan melalui Virtual Account 8803009000000099
Cetak Ulang Kartu Kesehatan	<input type="checkbox"/> Formulir yang telah diisi lengkap dan jelas <input type="checkbox"/> Fotokopi e-KTP Pemegang Polis (WNI) atau Paspor (WNA) yang masih berlaku <input type="checkbox"/> Khusus polis agency, Bukti pembayaran biaya pencetakan ulang kartu kesehatan sebesar Rp60.000,- dibayarkan melalui Virtual Account masing-masing Kantor Pemasaran <input type="checkbox"/> Khusus polis telemarketing atau Bancasurance, bukti pembayaran biaya pencetakan ulang Kartu Kesehatan sebesar Rp60.000,-dibayarkan melalui Virtual Account 8803009000000099

**FORMULIR PERMOHONAN PENCETAKAN
SALINAN BUKU POLIS DAN KARTU KESEHATAN**

5. Formulir yang diterima oleh Sequis Life bersifat final dan akan digunakan sebagai dasar permohonan.
6. Pemegang Polis menyampaikan dokumen yang sudah lengkap sesuai persyaratan kepada Sequis Life melalui:
 - a. E-mail care@sequislife.com
 - b. Regional Service Center (RSC)/ National Service Center (NSC) / Kantor Pemasaran Sequis Life terdekat yang dapat dilihat pada laman berikut: <https://www.sequis.co.id/contact-us>
7. Masa berlaku Formulir yang telah ditandatangani adalah 30 hari kalender. Jika tanggal Formulir ditandatangani dan tanggal Formulir diterima oleh Sequis Life lebih dari 30 hari kalender, Pemegang Polis wajib melakukan mengajukan pengajuan ulang.
8. Mohon menghubungi care@sequislife.com apabila dalam 30 hari kerja sejak tanggal pengajuan belum menerima salinan buku polis, duplikat polis, atau kartu kesehatan yang diajukan.

II. PERNYATAAN DAN JAMINAN

Dengan ini Saya selaku Pemegang Polis ("Saya") menyatakan dan menjamin kepada PT Asuransi Sequis Life ("Sequis Life") bahwa:

1. Saya mengerti, memahami dan menyetujui bahwa Sequis Life tidak bertanggung jawab atas hal-hal yang diakibatkan oleh kesalahan atau ketidakjelasan Pemegang Polis dalam memberikan informasi pada Formulir ini, adanya gugatan, kerugian dan/atau tuntutan dalam bentuk apapun dari pihak manapun termasuk Saya baik saat ini maupun di kemudian hari sehubungan dengan pengajuan pada Formulir ini.
2. Saya mengerti dan memahami bahwa pengajuan pada Formulir ini hanya akan diproses oleh Sequis Life setelah seluruh dokumen yang dipersyaratkan disampaikan secara benar dan lengkap dan pengajuan akan diproses sesuai dengan ketentuan yang berlaku pada Sequis Life.
3. Saya dengan ini memahami dan menyetujui bahwa semua keterangan yang diberikan di dalam formulir ini (serta surat-surat, formulir dan/atau dokumen lainnya sehubungan dengan Formulir ini) adalah benar dan tidak ada keterangan-keterangan dan hal-hal lain yang Saya sembunyikan serta, Saya berkewajiban untuk selalu memastikan bahwa data dan/atau informasi pribadi Saya yang Saya ungkapkan/berikan kepada Sequis Life adalah lengkap, akurat dan terkini.
4. Segala risiko yang timbul sehubungan dengan pengajuan pada Formulir ini sepenuhnya merupakan tanggung jawab Saya, dan Saya melepaskan Sequis Life dari segala tanggung jawab, gugatan, kerugian dan/atau tuntutan dalam bentuk apapun dari pihak manapun termasuk Saya baik saat ini maupun di kemudian hari sehubungan dengan pengajuan pada Formulir ini.
5. Saya menyetujui bahwa apabila diperlukan Sequis Life dapat meminta dokumen pendukung lainnya dan/atau melakukan verifikasi dan konfirmasi sehubungan dengan pengajuan pada Formulir ini melalui media yang ditentukan oleh Sequis Life. Dalam hal dokumen pendukung lainnya tidak disampaikan oleh Saya dalam jangka waktu yang ditentukan oleh Sequis Life atau verifikasi dan konfirmasi tidak berhasil dilakukan oleh Sequis Life, maka proses pengajuan pada Formulir ini tidak dapat diproses lebih lanjut.
6. Saya dengan ini memahami dan memberikan persetujuan dan izin (written consent), kepada Sequis Life untuk:
 - a. **mengumpulkan, menyimpan dan memproses data dan/atau data informasi pribadi Saya** (termasuk data dan informasi kesehatan serta finansial Saya) dalam rangka dan/atau untuk setiap tujuan berikut ini:
 - i. penilaian risiko asuransi;
 - ii. kegiatan operasional Sequis Life;
 - iii. pengajuan dan penanganan setiap klaim (termasuk namun tidak terbatas pada pemeriksaan dan investigasi klaim);
 - iv. pembayaran manfaat asuransi/klaim;
 - v. keperluan ko-asuransi termasuk penanganan klaim yang timbul atas koasuransi;
 - vi. pelayanan nasabah termasuk penanganan keluhan/komplain;
 - vii. penawaran produk asuransi lain;
 - viii. pembayaran komisi;
 - ix. kerja sama dalam rangka penemuan atau pencegahan penipuan dan kejahatan keuangan;
 - x. setiap proses hukum yang melibatkan Sequis Life dan/atau tenaga pemasar;
 - xi. kerja sama reasuransi dan/atau retrosesi;
 - xii. kepatuhan terhadap perintah pengadilan, hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - xiii. dan/atau proses lainnya yang terkait dengan penyelenggaraan kegiatan asuransi.
 - b. **mengungkapkan data dan/atau informasi pribadi Saya** (termasuk data dan informasi kesehatan serta finansial Saya) kepada pihak-pihak berikut ini:
 - i. ahli medis dan/atau pihak ketiga lainnya (termasuk mereka yang memberikan perawatan, pelayanan kesehatan dan/atau layanan lainnya kepada Saya);
 - ii. setiap perusahaan (termasuk perusahaan penyedia layanan, perusahaan asuransi, dan perusahaan reasuransi), mitra, orang atau pihak ketiga yang ditunjuk dan/atau bekerja sama dengan Sequis Life;
 - iii. pemegang saham Sequis Life, aliasi, anak perusahaan; dan/atau
 - iv. otoritas asosiasi asuransi dan/atau badan pemerintah (regulator), dalam rangka dan/atau untuk setiap tujuan sebagaimana yang diuraikan dalam angka 6 (a).

Selama pengungkapan tersebut dilaksanakan sesuai dengan tujuan pemrosesan di atas dan/atau sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

- c. **mengumpulkan, menyimpan, memproses, serta mengungkapkan data dan/atau informasi pribadi Saya (termasuk data dan informasi kesehatan serta finansial Saya) tersebut untuk:**
 - i. menanggapi perintah pengadilan atau proses hukum atau permintaan dari regulator manapun atau pihak berwenang
 - ii. melindungi terhadap penipuan atau aktivitas ilegal lainnya
 - iii. tujuan manajemen risiko
 - iv. memungkinkan Sequis Life untuk melakukan upaya hukum yang tersedia atau membatasi kerusakan yang mungkin terjadi terhadap Sequis Life, dan/atau
 - v. mematuhi hukum dan proses hukum termasuk tetapi tidak terbatas pada peraturan tentang FATCA & CRS.

Saya juga bersedia untuk memberikan informasi/dokumen yang diperlukan guna memenuhi kebutuhan terkait ("Informasi Terkait") dan dengan segera menyampaikan pengkinian data kepada Sequis Life jika ada perubahan atas Informasi Terkait tersebut.

**FORMULIR PERMOHONAN PENCETAKAN
SALINAN BUKU POLIS DAN KARTU KESEHATAN**

- d. **menyimpan data dan/atau informasi pribadi Saya** (termasuk data dan informasi kesehatan serta finansial Saya) selama diperlukan untuk memenuhi tujuan dari pengumpulannya, selama masa retensi atau selama penyimpanan tersebut diperlukan atau diperbolehkan oleh Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.
7. Saya memahami bahwa sebagai subjek data, Saya memiliki hak tertentu terkait data dan/atau informasi pribadi Saya sesuai dengan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku. Hak-hak tersebut meliputi permintaan informasi, akses/salinan, perbaikan, penghentian pemrosesan, penarikan persetujuan pemrosesan, pengajuan keberatan, pembatasan pemrosesan, penghapusan, dan hak-hak lainnya sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan yang berlaku. Saya dapat menggunakan hak ini dengan menghubungi Sequis Life melalui email care@sequislife.com. Saya juga memahami bahwa pelaksanaan hak tersebut dapat berdampak pada manfaat atau fasilitas dari Polis yang Saya miliki, termasuk kemungkinan pembatalan Polis. Dalam hal ini, tidak menyebabkan hilangnya kewajiban masing-masing pihak yang timbul dan belum dipenuhi sampai dengan berakhirnya Polis ini. Selain itu, Sequis Life berhak menolak permintaan Saya untuk akses, koreksi, atau penghapusan sebagian atau seluruh data dan/atau informasi pribadi Saya jika diwajibkan atau diperbolehkan oleh kebijakan retensi internal perusahaan dan/atau peraturan perundang-undangan yang berlaku.
8. Apabila pembayaran yang dilakukan terdapat indikasi mencurigakan sebagaimana yang tercantum pada Undang-undang Pencegahan dan Pemberantasan Tindak Pidana Pencucian Uang dan Pendanaan Terorisme, maka Sequis Life dapat melakukan hal-hal yang dibutuhkan sebagaimana tercantum di dalam Peraturan Perundang-undangan tersebut.
9. Sehubungan dengan Peraturan Otoritas Jasa Keuangan tentang Penerapan Program Anti Pencucian Uang, Pencegahan Pendanaan Terorisme dan Pencegahan Pendanaan Proliferasi Senjata Pemusnah di Sektor Jasa Keuangan:
- Saya menyadari, mengerti dan memahami bahwa Saya memiliki kewajiban untuk senantiasa melakukan pengkinian data kepada Sequis Life dan menyerahkan salinan dokumen pendukung yang berlaku.
 - Saya juga setuju bahwa Sequis Life dapat menolak dan/atau membatalkan transaksi, apabila Saya (1) tidak melakukan pengkinian data; (2) diketahui dan/atau patut diduga menggunakan dokumen palsu; (3) menyampaikan informasi yang diragukan kebenarannya; (4) terdapat di dalam Daftar Terduga Teroris dan Organisasi Teroris; (5) terdapat di dalam Daftar Pendanaan Proliferasi Senjata Pemusnah Massal; (6) memiliki sumber dana transaksi yang diketahui dan/atau patut diduga berasal dari hasil tindak pidana; dan/atau (7) kondisi lainnya sebagaimana diatur pada Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.

Dengan menandatangani Formulir ini, maka Saya telah membaca, memahami dan menyetujui seluruh Ketentuan dan Pernyataan yang terdapat pada Formulir ini.

Dibuat dan ditandatangani di : Tanggal (tgl/bln/tahun) : / /

Diverifikasi oleh

NSC/RSC/CSO Kantor Pemasaran

Tanda Tangan
Pemegang Polis

(Nama Lengkap)

Tanda Tangan

(Nama Lengkap)