

FORMULIR PERMOHONAN PERUBAHAN POLIS NON-FINANCIAL (MINOR ALTERATION)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, mengajukan perubahan terhadap Polis saya, sebagai berikut:

(berikan tanda pada jenis Perubahan yang dikehendaki)

DATA POLIS	
Nomor Polis	:
<i>Dapat diisi lebih dari satu Polis milik Nasabah yang sama</i>	
Nama Pemegang Polis	:
Nama Tertanggung	:
Nomor Ponsel dengan WA	:
Nomor Ponsel	:
E-mail	:

PERUBAHAN DATA KORESPONDENSI PEMEGANG POLIS	
Jenis Alamat	: <input type="checkbox"/> Alamat Korespondensi <input type="checkbox"/> Alamat Tempat Tinggal <input type="checkbox"/> Alamat Kantor
Alamat	:
RT/RW	:/..... Kelurahan : Kecamatan :
Kota	: Provinsi : Kode Pos :
Nomor HP*	: Nomor Whats App* : Telp. Kantor :
Email*	:

*Dengan ini saya menyetujui bahwa alamat email dan Nomor Ponsel/WA akan secara otomatis mengganti data korespondensi pada Polis-Polis lainnya yang ada di PT Asuransi Jiwa Sequis Life. Nomor HP dan email terbaru tersebut akan digunakan oleh PT Asuransi Jiwa Sequis Life untuk mengirimkan informasi terkait Polis secara elektronik.

PERUBAHAN PENERIMA MANFAAT/AHLI WARIS					
No	Nama Lengkap	Jenis Kelamin	Tanggal Lahir (tanggal/bulan/tahun)	Hubungan Dengan Tertanggung	% Pembagian Manfaat
		<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita/...../.....		
		<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita/...../.....		
		<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita/...../.....		
		<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita/...../.....		
		<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita/...../.....		

• Lampirkan dengan fotokopi Kartu Keluarga dan fotokopi Kartu Identitas para Penerima Manfaat/Ahli Waris.
• Penerima Manfaat/Ahli Waris wajib mempunyai Kepentingan Asuransi dengan Tertanggung (Insurable Interest).

Alasan Perubahan Penerima Manfaat atau Ahli Waris (wajib diisi):

PERUBAHAN DATA REKUNING BANK UNTUK PEMBAYARAN MANFAAT POLIS			
Nomor Rekening	:	Mata Uang	: <input type="checkbox"/> IDR <input type="checkbox"/> USD
Nama Pemilik Rekening	:	Swift Code	:
Nama Bank	:	Kota/Negara	:

PERUBAHAN DAN/ATAU KOREKSI NAMA	
Pihak di Polis	: <input type="checkbox"/> Pemegang Polis <input type="checkbox"/> Tertanggung <input type="checkbox"/> Penerima Manfaat/Ahli Waris <input type="checkbox"/> Ibu Kandung
Nama Lama	:
Nama Baru*	:

*Dengan ini saya menyatakan bahwa nama yang dikoreksi adalah orang yang sama.

PERUBAHAN/PENGGANTIAN PEMEGANG POLIS	
Nama Pemegang Polis Baru	:
Hubungan dengan Tertanggung	:
Alasan Perubahan	: <input type="checkbox"/> Pemegang Polis lama meninggal dunia <input type="checkbox"/> Pemegang Polis lama tidak bekerja <input type="checkbox"/> Pemegang Polis lama sakit <input type="checkbox"/> Lainnya

Mohon mengisi data pribadi Pemegang Polis baru di bagian "Perubahan/Pendaftaran Data Pribadi"

PENGKINIAN/PENDAFTARAN DATA PRIBADI PEMEGANG POLIS/TERTANGGUNG	
Pihak di Polis	: <input type="checkbox"/> Pemegang Polis <input type="checkbox"/> Tertanggung
Jenis Perubahan	: <input type="checkbox"/> Perubahan/Pengkinian Data <input type="checkbox"/> Pendaftaran Data Pemegang Polis Baru
Nama Lengkap	:
Jenis Kelamin	: <input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita
Status Perkawinan	: <input type="checkbox"/> Belum Menikah <input type="checkbox"/> Menikah <input type="checkbox"/> Janda/Duda
Nomor Ponsel	:
Nomor Ponsel dengan WA	:
e-mail	:
Nomor NPWP	:
Agama	: <input type="checkbox"/> Islam <input type="checkbox"/> Kristen/Katolik <input type="checkbox"/> Budha <input type="checkbox"/> Hindu <input type="checkbox"/> Lainnya.....
Kewarganegaraan <small>(jika WNA cantumkan Negara)</small>	: <input type="checkbox"/> WNI <input type="checkbox"/> WNA.....
Jenis Identitas	: <input type="checkbox"/> e-KTP <input type="checkbox"/> Paspor
Nomor Identitas	:
Tanggal Lahir <small>(tanggal/bulan/tahun)</small>	:/...../.....
Tempat Lahir	:
Alamat Tempat Tinggal	Wajib diisi jika memiliki kewajiban perpajakan di negara lain
Alamat	Tax Identification Number (TIN) :
RT/RW:/.....	Negara/Yurisdiksi Domisili Wajib Pajak :
Kelurahan	Nomor HP :
Kecamatan	Nomor WhatsApp :
Kota	Email :
Provinsi	Pekerjaan :
Kode Pos	Nama Perusahaan :
Alamat Perusahaan/Kantor/Tempat Kerja	Jabatan :
Alamat	Sumber Dana : <input type="checkbox"/> Hasil Usaha <input type="checkbox"/> Gaji <input type="checkbox"/> Orang Tua <input type="checkbox"/> Suami/Istri <input type="checkbox"/> Lainnya
RT/RW:/.....	Penghasilan/Tahun : <input type="checkbox"/> <Rp60 juta <input type="checkbox"/> Rp60-180 juta <input type="checkbox"/> >Rp180-360 juta <input type="checkbox"/> >Rp360-600 juta <input type="checkbox"/> >Rp600 juta
Kelurahan	Penghasilan Lain :
Kecamatan	Jumlah Penghasilan Lain/Tahun : <input type="checkbox"/> <Rp60 juta <input type="checkbox"/> Rp60-180 juta <input type="checkbox"/> >Rp180-360 juta <input type="checkbox"/> >Rp360-600 juta <input type="checkbox"/> >Rp600 juta
Kota	
Provinsi	
Kode Pos	
Alamat Korespondensi	
<input type="checkbox"/> Alamat Tempat Tinggal	
<input type="checkbox"/> Alamat Perusahaan	
<input type="checkbox"/> Alamat Lain, mohon isi alamat di bagian Perubahan Lain	
Data Rekening Pemegang Polis Baru Pembayaran Manfaat Polis	
Mata Uang <input type="checkbox"/> IDR <input type="checkbox"/> USD	Nama Bank :
Nomor Rekening :	Swift Code :
Nama Pemilik Rekening :	Kota/Negara :
PENGAJUAN CUTI PREMI	
Tanggal mulai cuti premi <small>(tanggal/bulan/tahun)</small> :/...../.....	Tanggal akhir cuti premi <small>(tanggal/bulan/tahun)</small> :/...../.....
PENTING:	
A. Selama periode Cuti Premi, Anda akan dikenakan biaya bulanan (termasuk namun tidak terbatas pada Biaya/luran Asuransi, Biaya Administrasi, Biaya Cuti Premi (jika ada) sesuai ketentuan Polis. Ketidacukupan nilai polis pada Polis untuk pembayaran biaya bulanan selama periode Cuti Premi dapat mengakibatkan Polis berakhir (<i>lapse</i>).	
B. Fasilitas Cuti Premi akan berakhir secara otomatis jika Anda melakukan pembayaran Premi dalam periode Cuti Premi.	
C. Sehubungan dengan pengajuan Cuti Premi, Anda perlu memperhatikan fasilitas tertentu (misalnya: Fasilitas Pembayaran Premi Otomatis dan fasilitas lainnya) yang diatur pada ketentuan Polis Anda.	
D. Untuk Polis yang memiliki Fasilitas Polis Tetap Berlaku, apabila Anda melakukan Cuti Premi maka Fasilitas Polis Tetap berlaku ini menjadi batal atau tidak berlaku.	

PERUBAHAN LAIN

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

KETENTUAN DAN PERNYATAAN PENGAJUAN PERUBAHAN POLIS

A. KETENTUAN UMUM

- Formulir Permohonan Perubahan Non-Financial (*Minor Alteration*) ("**Formulir**") hanya berlaku untuk 1 (satu) nomor Polis kecuali untuk Pengkinian Data nomor ponsel, Whats App dan alamat email dapat digunakan untuk lebih dari satu nomor polis milik nasabah yang sama.
- Formulir ini **wajib** diisi dengan huruf CETAK dan LENGKAP dan tidak ditandatangani dalam keadaan KOSONG.
- Dokumen persyaratan yang wajib diserahkan kepada PT Asuransi Jiwa Sequis Life ("**Sequis**"), sesuai dengan jenis perubahan yang dilakukan, yaitu:
 - Formulir Permohonan Perubahan Polis Non-Financial (*Minor Alteration*) ("**Formulir**") asli yang telah diisi lengkap dan jelas.
 - Fotokopi e-KTP Pemegang Polis (WNI) atau Paspor (WNA) yang masih berlaku.
 - Fotokopi Kartu Keluarga/Akte Lahir/Akte Nikah.
 - Dokumen pendukung lainnya (apabila diminta oleh Sequis).
- Perubahan Polis hanya dapat diproses apabila Formulir asli telah diisi dengan benar dan lengkap serta seluruh dokumen yang dipersyaratkan telah diterima secara benar dan lengkap oleh Sequis.
- Apabila tanggal Formulir ditandatangani dan tanggal Formulir diterima oleh Sequis lebih dari 30 (tiga puluh) hari kalender, maka Pemegang Polis wajib mengisi dan mengajukan ulang kembali Formulir baru beserta kelengkapan dokumen persyaratan.
- Formulir yang diterima oleh Sequis bersifat final dan akan digunakan sebagai dasar Perubahan Polis.
- Pemegang Polis wajib menyampaikan dokumen persyaratan dalam bentuk hardcopy dengan benar dan lengkap kepada Sequis Life melalui:
 - Regional Service Center (RSC)/ National Service Center (NSC).
 - Kantor Pemasaran Sequis Life terdekat. Alamat dapat dilihat pada <https://www.sequis.co.id/id/contact-us>.

B. KETENTUAN KHUSUS PERUBAHAN PEMEGANG POLIS

- PT Asuransi Jiwa Sequis Life dapat melakukan konfirmasi kepada Pemegang Polis dan Pemegang Polis Baru terkait kebenaran pengisian Formulir Pengajuan Perubahan Pemegang Polis oleh Pemegang Polis dan Pemegang Polis Baru.
- Perubahan Pemegang Polis akan berlaku setelah mendapat persetujuan tertulis dari PT Asuransi Jiwa Sequis Life.
- Surat Perubahan Pemegang Polis akan menjadi satu kesatuan dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis yang akan dikeluarkan sehubungan dengan Perubahan Pemegang Polis di atas.
- Tertanggung masih dalam keadaan hidup dan Polis dalam keadaan aktif (*inforce*) serta tidak sedang mengajukan atau dalam proses klaim.
- Tanda tangan Pemegang Polis dan Pemegang Polis Baru dalam pengajuan perubahan Pemegang Polis harus sama dengan tanda tangan yang terdapat pada kartu identitas yang berlaku.
- Pemegang Polis Baru mempunyai hubungan kepentingan asuransi (*insurable interest*) dengan Tertanggung.
- Ketentuan untuk Perubahan Pemegang Polis karena Pemegang Polis meninggal mengikuti Ketentuan Umum Polis.

C. KETENTUAN KHUSUS PERUBAHAN PENERIMA MANFAAT/AHLI WARIS

- Saya menyatakan bahwa perubahan Penerima Manfaat/Ahli Waris dilakukan atas persetujuan Penerima Manfaat/Ahli Waris serta secara sadar dan tanpa adanya paksaan dari pihak manapun.
- Saya menjamin bahwa pihak Penerima Manfaat/Ahli Waris mempunyai Kepentingan Asuransi dengan Tertanggung (*Insurable interest*).

D. PERNYATAAN DAN JAMINAN

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

- Saya mengerti, memahami dan menyetujui bahwa Sequis 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.
- Saya mengerti dan memahami bahwa pengajuan pada Formulir ini hanya akan diproses oleh Sequis setelah seluruh dokumen yang dipersyaratkan disampaikan secara benar dan lengkap dan pengajuan akan diproses sesuai dengan ketentuan yang berlaku pada Sequis.
- 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 adalah lengkap, akurat dan terkini.
- Segala risiko yang timbul sehubungan dengan pengajuan pada Formulir ini sepenuhnya merupakan tanggung jawab Saya, dan Saya melepaskan Sequis 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.
- Saya menyetujui bahwa apabila diperlukan Sequis dapat meminta dokumen pendukung lainnya dan/atau melakukan verifikasi dan konfirmasi sehubungan dengan pengajuan pada Formulir ini melalui media yang ditentukan oleh Sequis. Dalam hal dokumen pendukung lainnya tidak disampaikan oleh Saya dalam jangka waktu yang ditentukan oleh Sequis atau verifikasi dan konfirmasi tidak berhasil dilakukan oleh Sequis, maka proses pengajuan pada Formulir ini tidak dapat diproses lebih lanjut.

6. Saya menyetujui bahwa pembayaran yang dilakukan sehubungan dengan Formulir ini akan diberlakukan sebagai titipan premi dan tidak mengikat Sequis. Formulir ini baru berlaku apabila disetujui oleh Sequis.
7. Saya menyetujui bahwa dengan disetujuinya Formulir ini oleh Sequis, maka masa uji selama 2 (dua) tahun sebagaimana disebutkan dalam Polis akan diberlakukan kembali sejak disetujuinya perubahan Polis ini, selama masa tersebut maka akan berlaku ketentuan sebagaimana diatur dalam Polis.
8. Saya menyetujui bahwa 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 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:
 - a. Saya menyadari, mengerti dan memahami bahwa Saya memiliki kewajiban untuk senantiasa melakukan pengkinian data kepada Sequis dan menyerahkan salinan dokumen pendukung yang berlaku.
 - b. Saya juga setuju bahwa Sequis 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.
10. Saya memahami bahwa Saya memiliki kewajiban untuk bertindak dengan iktikad terbaik (*utmost good faith*) dalam setiap pengajuan pengajuan Formulir ini. Oleh karena itu, Saya memahami bahwa Saya wajib mengungkapkan secara benar dan lengkap semua fakta material, yaitu data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan fakta ("**Informasi Konsumen**") yang dapat memengaruhi pertimbangan Sequis dalam menerima atau menolak pengajuan Perubahan Polis tersebut dan/atau menetapkan jumlah premi jika pengajuan Perubahan Polis ini disetujui.
11. Saya menyatakan dan menjamin bahwa semua informasi yang Saya berikan dalam Formulir ini, serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang diisyaratkan oleh Sequis ("**Dokumen Pengajuan**") sebagai bagian dari pengajuan Perubahan Polis ini adalah lengkap, benar, akurat, terkini, sesuai dengan kenyataan yang sebenarnya dan konsisten antara satu dengan lainnya, dan tidak ada Informasi Konsumen yang Saya 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 yang sebenarnya dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya, atau terdapat Informasi Konsumen yang Saya sembunyikan, dengan menandatangani Formulir ini, Saya **SEPAKAT DAN MENYETUJUI** bahwa Sequis berhak melakukan hal-hal berikut ini:
 - a. Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayar seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
 - b. Membatalkan Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada Asuransi/Polis Dasar/Pertanggung Tambahan/Polis Tambahan) dengan pengembalian Premi (atau Biaya Asuransi dari Asuransi/Polis Dasar/Pertanggung Tambahan/Polis Tambahan) yang telah dibayarkan setelah dikurangi dengan biaya internal pemeriksaan kesehatan, Manfaat Asuransi 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/Polis Dasar/Pertanggung Tambahan/Polis Tambahan), tanpa kewajiban untuk mengembalikan Premi dan/atau Biaya Asuransi, 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 juga menyetujui bahwa Sequis hanya akan membayarkan Nilai Tunai (khusus untuk Produk Asuransi Yang Dikaitkan Dengan Investasi), jika ada;
 - d. Melakukan penilaian ulang risiko (*re-underwriting*) dan menambahkan syarat dan ketentuan tambahan dalam Polis (baik Asuransi/Polis Dasar/Pertanggung Tambahan/Polis Tambahan), termasuk menambahkan risiko yang dikecualikan, menyesuaikan uang pertanggung, dan/atau menyesuaikan jumlah Premi atau Biaya Asuransi yang harus dibayar; dan/atau
 - e. Menagih kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi dalam hal hasil dari penilaian ulang (*re-underwriting*), jumlah Premi dan/atau Biaya Asuransi yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. Sequis juga berhak melakukan pemotongan langsung (*set-off*) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan Nilai Tunai atau Nilai Polis yang ada dalam Polis Saya dan/atau Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan. Atas hal tersebut, Saya wajib membayarkan (jika ada) kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi.
12. Sehubungan dengan klausul pembatalan atau pengakhiran Polis sebagaimana disebutkan di atas, Saya dengan ini menegaskan bahwa:
 - a. Penandatanganan Formulir ini oleh Saya merupakan bentuk persetujuan atas pembatalan atau pengakhiran Polis oleh Sequis jika terjadi hal-hal yang dimaksud dalam angka 11; dan
 - b. Saya 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.

E. PERNYATAAN PERSETUJUAN PELINDUNGAN DATA PRIBADI NASABAH

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

1. Saya dengan ini memahami dan memberikan persetujuan bahwa Sequis berhak melakukan pemrosesan data pribadi Saya, yang mencakup seluruh data dan/atau informasi Saya, termasuk namun tidak terbatas pada data diri, kesehatan dan finansial yang tercantum dalam dokumen terkait Polis Saya serta data yang Saya sampaikan kepada Sequis melalui berbagai sarana dan/atau pihak ketiga. Pemrosesan tersebut meliputi pemerolehan, pengumpulan, pengolahan, analisis, penyimpanan, perbaikan, pembaruan, penyajian, publikasi, transfer, pengungkapan, penghapusan, dan/atau pemusnahan data pribadi ("**Pemrosesan**").
2. Saya telah mendapatkan persetujuan dari calon Tertanggung, Penerima Manfaat dan pihak-pihak lainnya yang data pribadinya diperlukan sesuai dengan Formulir ini, untuk membagikan data pribadi tersebut untuk dikumpulkan dan diproses oleh Sequis.
3. Saya memahami dan menyetujui bahwa Sequis dapat melakukan Pemrosesan berdasarkan salah satu atau lebih dari dasar hukum sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan terkait perlindungan data pribadi di Indonesia. Sequis menerapkan dasar pemrosesan sebagai berikut:
 - a. Pelaksanaan kewajiban kontraktual untuk memenuhi permintaan Saya;
 - b. Kepatuhan terhadap kewajiban hukum berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - c. Perlindungan terhadap kepentingan vital yang berhubungan dengan keselamatan Saya; dan/atau
 - d. Pemenuhan kepentingan sah lainnya dengan mempertimbangkan keseimbangan antara hak dan kepentingan Saya serta kebijakan perlindungan data yang berlaku.

Saya memahami bahwa dasar Pemrosesan yang dilakukan oleh Sequis sebagaimana disebutkan di atas sah berdasarkan ketentuan perundang-undangan yang mengatur mengenai perlindungan data pribadi yang berlaku di Indonesia.

4. Saya memahami dan menyetujui bahwa Sequis dapat menggunakan dan/atau memproses Data Pribadi Saya yang dikumpulkan untuk tujuan sebagai berikut maupun untuk tujuan lain yang diizinkan oleh peraturan perundang-undangan yang berlaku ("**Tujuan Pemrosesan**"):
 - a. Mengelola administrasi produk dan layanan, termasuk pemenuhan kewajiban terhadap nasabah, agen, tenaga pemasar, mitra bisnis, karyawan, vendor, dan pihak terkait lainnya.
 - b. Melakukan pemeriksaan, verifikasi, dan validasi terhadap nasabah/, penerima manfaat, agen, tenaga pemasar, vendor, dan mitra bisnis melalui berbagai sumber, termasuk pihak ketiga dan otoritas yang berwenang.
 - c. Menyediakan layanan pelanggan, termasuk membalas pertanyaan, menangani keluhan, serta memberikan informasi mengenai perubahan produk dan/atau layanan serta kebijakan.
 - d. Memproses pengajuan dan pengelolaan polis asuransi, termasuk pemeriksaan riwayat kesehatan dan keuangan, pembayaran premi, serta proses klaim (termasuk namun tidak terbatas pada pemeriksaan dan investigasi klaim), pembayaran manfaat asuransi/klaim baik di dalam maupun luar negeri.
 - e. Mengelola keputusan berbasis data dan melakukan pemrosesan otomatis (*automated decision making*) untuk analisis risiko dan kelayakan layanan.
 - f. Mengembangkan dan menyediakan produk serta layanan asuransi, keuangan, dan layanan terkait, termasuk perancangan kerja sama bisnis.
 - g. Melakukan riset pemasaran, penelitian, dan analisis statistik guna memahami tren industri dan meningkatkan layanan.
 - h. Menjalankan operasional bisnis dan administrasi internal, termasuk pencatatan serta pengelolaan arsip informasi nasabah.
 - i. Mematuhi ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku, persyaratan dari pihak regulator, serta permintaan dari otoritas berwenang baik di tingkat nasional maupun internasional.
 - j. Mencegah penipuan dan kejahatan keuangan, termasuk verifikasi identitas untuk memastikan keamanan transaksi dan layanan.
 - k. kerja sama dalam rangka penemuan atau pencegahan penipuan dan kejahatan keuangan.
 - l. setiap proses hukum yang melibatkan Sequis dan/atau tenaga pemasar-nya.
 - m. kepatuhan terhadap perintah pengadilan, hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
 - n. Memfasilitasi kerjasama dengan perusahaan asuransi lain, reasuransi, serta mitra bisnis dalam pemrosesan layanan yang dibutuhkan untuk nasabah.
 - o. Memenuhi kewajiban pelaporan dan kepatuhan terhadap regulasi seperti *Foreign Account Tax Compliance/Undang-Undang Kepatuhan Pajak Rekening Asing (FATCA)* dan *Common Reporting Standard/Standar Pelaporan Umum CRS*.
 - p. Keperluan lain yang berkaitan dengan pengelolaan layanan asuransi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
5. Saya memahami dan menyetujui bahwa dalam rangka pelaksanaan Tujuan Pemrosesan, Sequis dapat mengungkapkan Data Pribadi Saya kepada pihak-pihak berikut:
 - a. Ahli medis dan/atau penyedia layanan kesehatan lainnya.
 - b. Mitra bisnis, konsultan hukum, auditor eksternal, perusahaan asuransi lain, reasuransi, penyedia layanan, atau pihak ketiga yang ditunjuk dan/atau bekerja sama Sequis.
 - c. Entitas afiliasi Sequis.
 - d. Otoritas yang berwenang, asosiasi industri, pengadilan, regulator, atau lembaga pemerintah yang berwenang.

Untuk tujuan pelaksanaan, tujuan pemrosesan dan sepanjang diwajibkan atau diizinkan oleh hukum atau sesuai dengan perintah pengadilan yang berlaku.
6. Saya memahami dan menyetujui bahwa dalam rangka dan/atau untuk setiap Tujuan Pemrosesan, Sequis juga dapat mentransfer Data Pribadi Saya kepada pihak terkait di luar wilayah hukum Indonesia dan/atau menunjuk pihak ketiga sebagai pemroses data untuk melaksanakan pemrosesan atas nama Sequis dengan memastikan pengamanan yang tepat dan dengan tetap mematuhi ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Dalam kaitannya dengan hal tersebut, Saya juga bersedia untuk memberikan informasi atau dokumen yang diperlukan guna memenuhi kewajiban pelaporan informasi antar negara serta melakukan pembaruan data jika terdapat perubahan.
7. Saya juga memahami bahwa sebagai subjek data, Saya memiliki hak tertentu terkait Data 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 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 pembatalan polis ini, tidak menyebabkan hilangnya kewajiban masing-masing Saya maupun Sequis yang timbul dan belum dipenuhi sampai dengan berakhirnya polis tersebut. Selain itu, Sequis berhak menolak permintaan Saya untuk akses, koreksi, atau penghapusan sebagian atau seluruh Data Pribadi Saya jika diwajibkan atau diperbolehkan oleh kebijakan retensi internal Sequis dan/atau peraturan perundang-undangan yang berlaku.
8. Saya memahami bahwa untuk mengetahui lebih lanjut mengenai cara Sequis melindungi Data Pribadi Saya dan hak-hak yang Saya miliki, Saya dapat mengakses kebijakan privasi Sequis melalui tautan berikut: <https://www.sequis.co.id/id/kebijakan-privasi>.

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):/...../.....

Tanda Tangan Pemegang Polis	Tanda Tangan Pemegang Polis Baru <small>(diisi jika ada pengajuan perubahan Pemegang Polis)</small>	Tanda Tangan Tertanggung	Diverifikasi oleh <input type="checkbox"/> NSC/RSC/CSO <input type="checkbox"/> Kantor Pemasaran Tanda Tangan Petugas
Nama Lengkap	Nama Lengkap	Nama Lengkap	Nama Lengkap