

## PERNYATAAN PERSETUJUAN

Yang bertanda tangan di bawah ini (*Herewith*) :

Nama : \_\_\_\_\_  
 Alamat : \_\_\_\_\_  
 No. KTP (WNI) atau Paspor (WNA) : \_\_\_\_\_  
 No. Polis : \_\_\_\_\_  
 Sebagai \*  Tertanggung  Pemegang Polis \*  Ahli Waris / Penerima Manfaat dari :

Jika Pemegang Polis sama dengan Tertanggung maka data dibawah ini tidak perlu diisi

Nama : \_\_\_\_\_  
 Alamat : \_\_\_\_\_  
 No. KTP (WNI) atau Paspor (WNA) : \_\_\_\_\_

### PERNYATAAN PERSETUJUAN

Dengan ini Saya selaku Ahli Waris / Penerima Manfaat atau pihak lainnya yang tidak menandatangani Surat Permintaan Asuransi ("SPA") menyatakan dan menjamin kepada PT Asuransi Jiwa Sequis Life ("Sequis") bahwa:

- Saya dengan ini memberikan kuasa dengan hak substitusi, tanpa syarat dan yang tidak dapat dicabut kembali kepada masing-masing, yang dapat bertindak sendiri-sendiri maupun secara bersama-sama, (i) Sequis; (ii) setiap orang dan/atau perusahaan yang bekerja sama dengan Sequis sehubungan dengan proses pengurusan, pemeriksaan dan/atau investigasi klaim asuransi; (iii) setiap dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, instansi lain, perusahaan asuransi lain, badan hukum, perorangan atau organisasi lainnya, yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan atau kesehatan Pemegang Polis, Tertanggung, Pembayar Premi, riwayat pengobatan atau perawatan di Rumah Sakit maupun institusi pelayanan medis lainnya (termasuk diagnosis atau nasihat dokter atau tenaga medis lainnya); dan (iv) perusahaan atau perorangan atau organisasi lainnya yang menjadi Pemegang Polis, untuk melakukan hal-hal sebagai berikut :
  - Memberikan, mengungkapkan dan/atau menyerahkan kepada Sequis setiap keterangan, data, informasi dan/atau catatan/isi/ringkasan rekam medis (termasuk memberi salinan dokumen terkait) sehubungan dengan, namun tidak terbatas pada, diagnosis, riwayat pengobatan atau perawatan dan/atau pelayanan medis yang diberikan kepada Pemegang Polis, Tertanggung, Pembayar Premi;
  - Mendapatkan segala keterangan/informasi/catatan/rekam medis dari Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas dan/atau maupun institusi pelayanan medis lainnya sehubungan dengan diagnosis dan atau pelayanan medis yang diberikan kepada Pemegang Polis, Tertanggung, Pembayar Premi yang mana akan digunakan untuk memproses pengajuan klaim sesuai dengan ketentuan polis dan hukum yang berlaku; dan
  - Melakukan segala sesuatu sehubungan dengan pengajuan klaim asuransi dan/atau hal-hal lainnya yang berkaitan dengan klaim asuransi.
- Saya dengan ini memahami bahwa Sequis memiliki kepentingan yang sah untuk melakukan hal-hal di bawah ini sehubungan pengajuan klaim:
  - mendapatkan, memproses data dan/atau informasi pribadi Pemegang Polis, Tertanggung, Pembayar Premi (termasuk data informasi kesehatan serta finansial Saya), dalam rangka dan/atau untuk setiap tujuan berikut ini: (i) penilaian risiko asuransi; (ii) pengajuan dan penanganan setiap klaim (termasuk namun tidak terbatas pada pemeriksaan dan investigasi klaim); (iii) pembayaran manfaat asuransi/klaim; (iv) keperluan ko-asuransi termasuk penanganan klaim yang timbul atas ko-asuransi; (v) pelayanan nasabah termasuk penanganan keluhan; (vi) setiap proses hukum yang melibatkan Sequis dan/atau tenaga pemasarnya; (vii) kerja sama reasuransi dan/atau retrosesi.
  - mengungkapkan data dan/atau informasi pribadi Pemegang Polis, Tertanggung, Pembayar Premi 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 Pemegang Polis, Tertanggung, Pembayar Premi); (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; (iii) afiliasi, anak perusahaan, agen dan perwakilannya dan/atau usaha patungan; dan/atau (iv) otoritas, asosiasi asuransi dan/atau badan pemerintah (regulator), dalam rangka dan/atau untuk setiap tujuan sebagaimana yang diuraikan dalam butir 2 (a) di atas.
- Saya membebaskan Sequis, Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Perorangan atau Organisasi lainnya yang telah memberikan keterangan atau catatan kesehatan Pemegang Polis, Tertanggung, Pembayar Premi dari segala tuntutan hukum.
- Saya menyatakan dan memahami bahwa sebagai bagian dari proses pengajuan permohonan asuransi dan keberlangsungan Polis, Pemegang Polis, Tertanggung, Pembayar Premi dan/atau pihak terkait lainnya telah memberikan data, informasi, jawaban, keterangan, pernyataan dan/atau fakta kepada Sequis, sebagaimana tercantum dalam SPA, formulir Pemulihan Polis, Formulir Perubahan Polis serta setiap formulir dan dokumen lainnya (termasuk setiap dokumen atau formulir yang diberikan kepada Sequis setelah berlakunya Polis) ("Dokumen Permohonan") yang mana sesuai dengan keadaannya (seluruhnya disebut sebagai "Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya").
- Saya dengan ini menyatakan bahwa Saya tidak berhak dan tidak akan membantah, menyanggah, mempertanyakan dan/atau mempermasalahkan kebenaran Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya. Saya juga menyatakan bahwa Saya menerima seluruh ketentuan Polis (termasuk Endorsemen, jika ada).
- Saya menyatakan dan menjamin bahwa semua data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan/atau fakta yang Saya berikan dalam Pernyataan Persetujuan ini, serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang disyaratkan oleh Sequis sebagai bagian dari pengajuan permohonan klaim Manfaat Asuransi ("Informasi Konsumen"), adalah lengkap, benar, akurat, terkini, sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan konsisten antara satu dengan lainnya, dan tidak ada Informasi Konsumen yang Saya sembunyikan.
- Apabila sebagian atau seluruh (i) Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya; dan/atau (ii) Informasi Konsumen ternyata tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini, tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya, atau terdapat Informasi Konsumen yang Saya sembunyikan, dengan menandatangani Pernyataan Persetujuan ini, Saya SEPAKAT DAN MENYETUJUI jika Sequis melakukan hal-hal berikut ini:
  - Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan, dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
  - Melakukan penilaian ulang risiko (re-underwriting), dan menyesuaikan uang pertanggungan, dan/atau menyesuaikan jumlah Premi atau Biaya Asuransi yang harus dibayarkan; dan/atau
  - Menagih kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (re-underwriting), jumlah Premi dan/atau Biaya Asuransi yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. Sequis juga berhak untuk melakukan perjumpaan (set-off) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan Nilai Investasi yang ada dalam Polis dan/atau Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan.

Demikian Pernyataan Persetujuan ini Saya buat, dengan menandatangani Pernyataan Persetujuan ini, Saya memahami dan menyetujui bahwa apabila terdapat perbedaan atau ketidaksesuaian antara ketentuan dalam Polis, formulir SPA, dan formulir-formulir lainnya yang berkaitan dengan pertanggungan Saya, maka Pernyataan Persetujuan ini akan dianggap sebagai dokumen yang sah, terakhir ditandatangani, serta berlaku dan mengikat secara hukum.

Ditandatangani di :

Tanggal/bulan/tahun pengisian :

Materai Rp.10.000

(Nama Lengkap dan Tanda Tangan Pemberi Kuasa dan Pembuatan Pernyataan)