

### FORMULIR PERMOHONAN PENARIKAN MANFAAT ASURANSI

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nomor Polis : .....

Nama Pemegang Polis : .....

Tempat/tanggal lahir : ..... Negara tempat lahir : .....

Jenis Identitas :  e-KTP  Paspor (khusus WNA)

Nomor Identitas : .....

Alamat pada Identitas : .....

Nomor Pokok Wajib Pajak / Tax : ..... Kewarganegaraan : .....

Identification Number (TIN) : ..... Negara/Yurisdiksi : .....

Domisili Wajib Pajak : .....

No. Ponsel dengan WA : .....

No. Ponsel : .....

Email : .....

Dengan ini mengajukan permohonan penarikan Manfaat Asuransi: *(tentukan salah satu dengan memberi tanda  pada kotak yang tersedia)*

Investasi  Dividen  Reversionary Bonus  Tahapan diambil dimuka

Saya memberikan kuasa PT Asuransi Jiwa Sequis Life ("**Sequis Life**") untuk: *(Berikan tanda  pada kotak yang dipilih).*

1. Dibayarkan kepada Saya melalui rekening berikut:

Nama Pemilik Rekening : .....

Nomor Rekening : .....

Nama Bank : .....

Kota : .....

Mata Uang Rekening :  Rupiah  US Dollar

2. Dipergunakan untuk pembayaran:  Premi  Pinjaman Premi Otomatis (APL)  Pinjaman Regular (*Loan*)

| Nomor Polis | Nama Pemegang Polis | Jumlah |
|-------------|---------------------|--------|
|             |                     |        |
|             |                     |        |
|             |                     |        |
|             |                     |        |
|             |                     |        |

#### KETENTUAN DAN PERNYATAAN PERMOHONAN PENARIKAN MANFAAT ASURANSI

##### A. KETENTUAN UMUM DAN KHUSUS

- Formulir Permohonan Penarikan Manfaat Asuransi ("**Formulir**") ini hanya digunakan untuk pengajuan penarikan Manfaat Asuransi yang tertera diatas.
- Formulir ini hanya berlaku untuk 1 (satu) nomor Polis.
- Formulir ini **wajib** diisi dengan huruf CETAK dan LENGKAP dan tidak ditandatangani dalam keadaan KOSONG.
- Khusus untuk Penarikan Manfaat Investasi dalam mata uang US Dollar yang dalam bentuk transfer ke mata uang US Dollar akan dibebankan BIAYA BANK KORESPONDEN PENERIMA yang langsung mengurangi jumlah dana yang akan diterima dan apabila memilih ditransfer dalam mata uang Rupiah, rekening yang dicantumkan adalah rekening Rupiah.
- Untuk kolom pembayaran premi yang dicantumkan diatas apabila tidak mencukupi dapat melampirkan formulir internal funding.
- Jika terdapat perubahan data dari Pemegang Polis pada saat mengisi Formulir ini, maka Pemegang Polis wajib melakukan pengkinian data secara lengkap, akurat, terkini, dan utuh melalui **Formulir Pengkinian Data**.
- Apabila data rekening yang digunakan dalam proses penarikan Manfaat Asuransi saat ini berbeda dengan nomor rekening yang terdaftar dalam sistem Sequis Life ataupun nomor rekening yang telah digunakan sebelumnya, maka Pemegang Polis harus memastikan bahwa informasi rekening yang diberikan telah benar dan sesuai untuk menghindari adanya kegagalan dalam proses pentransferan. Apabila ada kesalahan informasi data rekening yang berakibat pada kegagalan penarikan Manfaat Asuransi, maka segala biaya dan dampak timbul menjadi tanggungan Pemegang Polis.
- Penarikan Manfaat Asuransi hanya dapat ditujukan ke rekening bank atas nama Pemegang Polis. Nama dan data rekening harus lengkap dan sama dengan yang tertera pada bank. Apabila ada perbedaan nama antara data Polis dan nama pada rekening bank, maka Pemegang Polis wajib melampirkan surat pernyataan dan dokumen pendukung mengenai perbedaan penulisan nama tersebut dan mengajukan pengkinian data atas perubahan tersebut.
- Persyaratan/Dokumen yang harus diserahkan ke "**Sequis Life**":
  - Formulir Permohonan Penarikan Manfaat Asuransi ("**Formulir**") asli yang telah diisi lengkap dan jelas.
  - Fotokopi e-KTP Pemegang Polis (WNI) atau Paspor (WNA) yang masih berlaku.

- c. Formulir Pengkinian Data (Jika terdapat perubahan data Pemegang Polis).
  - d. Dokumen pendukung lainnya (apabila diminta oleh Sequis Life).
10. Pemegang Polis menyampaikan dokumen-dokumen yang sudah lengkap sesuai dengan persyaratan Permohonan Penarikan Manfaat Asuransi kepada Sequis Life secara *hardcopy* dengan pilihan alamat atau saluran berikut:
- a. Regional Service Center (RSC)/National Service Center (NSC);
  - b. Kantor Pemasaran Sequis Life terdekat, alamat dapat dilihat pada <https://sequis.co.id/id/contact-us>.
11. Apabila tanggal Formulir ditandatangani dan tanggal formulir diterima oleh Sequis Life lebih dari 30 hari kalender, pemegang polis wajib mengisi dan mengajukan ulang kembali Formulir baru beserta kelengkapan dokumen pendukung.

#### B. PERNYATAAN DAN JAMINAN

Dengan ini Saya selaku Pemegang Polis ("Saya") menyatakan dan menjamin kepada PT Asuransi Jiwa Sequis Life Indonesia ("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 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 Life dapat melakukan hal-hal yang dibutuhkan sebagaimana tercantum di dalam Peraturan Perundang-undangan tersebut.
7. 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 Life dan menyerahkan salinan dokumen pendukung yang berlaku.
  - b. 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.

#### C. PERNYATAAN PERSETUJUAN PELINDUNGAN DATA PRIBADI NASABAH

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

1. Saya dengan ini memahami dan memberikan persetujuan bahwa Sequis Life 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 Life 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 Life.
3. Saya memahami dan menyetujui bahwa Sequis Life dapat melakukan Pemrosesan berdasarkan salah satu atau lebih dari dasar hukum sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan terkait perlindungan data pribadi di Indonesia. Sequis Life 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 Life 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 Life 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 Life 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 Life** 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 oleh Sequis Life.
  - c. Entitas afiliasi Sequis Life.
  - 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 Life 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 Life 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 Life melalui email [care@sequislife.com](mailto: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 Life yang timbul dan belum dipenuhi sampai dengan berakhirnya polis tersebut. Selain itu, Sequis Life berhak menolak permintaan Saya untuk akses, koreksi, atau penghapusan sebagian atau seluruh Data Pribadi Saya jika diwajibkan atau diperbolehkan oleh kebijakan retensi internal Sequis Life dan/atau peraturan perundang-undangan yang berlaku.
8. Saya memahami bahwa untuk mengetahui lebih lanjut mengenai cara Sequis Life melindungi Data Pribadi Saya dan hak-hak yang Saya miliki, Saya dapat mengakses kebijakan privasi Sequis Life 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):

Diverifikasi oleh

NSC/RSC/CSO

Kantor Pemasaran

|                                |
|--------------------------------|
| Tanda Tangan<br>Pemegang Polis |
| Nama Lengkap                   |

|              |
|--------------|
| Tanda Tangan |
| Nama Lengkap |