

## FORMULIR PERMOHONAN PERUBAHAN POLIS - NON FINANCIAL

Petunjuk Pengisian Formulir:

- Formulir ini **wajib** diisi dengan huruf CETAK dan LENGKAP
- Satu Formulir hanya berlaku untuk satu nomor polis pada PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia ("Allianz")
- Mohon tidak menandatangani Formulir ini dalam keadaan kosong
- Mohon menandatangani setiap koreksi penulisan/ pengisian dalam bentuk coretan sesuai dengan spesimen tanda tangan
- Pastikan semua informasi yang dibutuhkan telah dipenuhi dan Anda telah membaca keseluruhan syarat dan ketentuan, serta pernyataan dan jaminan sebelum menandatangani
- Untuk mempercepat proses pengajuan Anda, harap melengkapi seluruh persyaratan yang tertera pada Formulir ini

Saya/Kami yang bertandatangan di bawah ini:

Nomor Polis : \_\_\_\_\_  
 Nama Peserta : \_\_\_\_\_  
 Tempat/tanggal lahir : \_\_\_\_\_ Negara tempat lahir : \_\_\_\_\_  
 Jenis Identitas :  KTP  SIM  Passport  KIMS  KITAS  KTP seumur hidup  
 Nomor Identitas : \_\_\_\_\_  
 Alamat pada Identitas : \_\_\_\_\_  
 Kota : \_\_\_\_\_ Kode Pos : \_\_\_\_\_  
 Provinsi : \_\_\_\_\_ Negara : \_\_\_\_\_  
 Negara tempat tinggal : \_\_\_\_\_ Kewarganegaraan : \_\_\_\_\_  
 untuk keperluan Pajak

Nama Pihak Yang Diasuransikan : \_\_\_\_\_

Apakah ada perubahan alamat dan email atau nomor telepon di Polis :  Ya  Tidak

Jika ya, mohon tuliskan perubahannya : \_\_\_\_\_

Kota : \_\_\_\_\_ Kode Pos : \_\_\_\_\_  
 Provinsi : \_\_\_\_\_ Negara : \_\_\_\_\_  
 Telepon (Rumah) : \_\_\_\_\_ Telepon (Kantor) : \_\_\_\_\_  
 Handphone : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

Perubahan ini merupakan alamat :  Korespondensi  Rumah  Kantor

Dokumen terlampir : 1.  Fotokopi kartu identitas Peserta 4.  Surat Kuasa Pembayaran Kontribusi Asuransi melalui kartu (kredit)  
 2.  Fotokopi Akte Kelahiran/ Akte Ganti Nama/(Passport) 5.  Surat Kuasa Pendebetan Rekening Pembayaran Kontribusi (Asuransi)  
 3.  Fotokopi Kartu Keluarga 6.  Lainnya, jelaskan \_\_\_\_\_

### Catatan:

- Apabila Peserta / Pemilik Rekening adalah warga negara/wajib pajak di luar negeri selain Indonesia yang merupakan Negara Mitra/Yurisdiksi Mitra, maka diwajibkan untuk mengisi bagian "DATA PERTUKARAN INFORMASI ANTAR NEGARA-INDIVIDU" pada Formulir ini
- Apabila Peserta / Pemilik Rekening adalah perusahaan, maka diwajibkan untuk mengisi "FORMULIR DATA PERTUKARAN INFORMASI ANTAR NEGARA- PERUSAHAAN (INSTITUSI)" ada formulir terpisah

**A. JENIS PERUBAHAN (Isi dan beri tanda ✓ sesuai dengan kondisi polis setelah perubahan)**

- Revisi Data Pihak Yang Diasuransikan  
 Nama Pihak Yang Diasuransikan\*) : \_\_\_\_\_  
 Nomor identitas : \_\_\_\_\_  
 Jenis Identitas :  KTP  SIM  Passport  KIMS  KITAS  KTP seumur hidup  
 Pekerjaan : \_\_\_\_\_  
 Status :  Kawin  Belum kawin  Janda  Duda  
 \*) Lampirkan dengan fotokopi Akte Kelahiran/ Akte Ganti Nama/Passport.
- Revisi Data Peserta  
 Nama Peserta\*) : \_\_\_\_\_  
 Nomor identitas : \_\_\_\_\_  
 Jenis Identitas :  KTP  SIM  Passport  KIMS  KITAS  KTP seumur hidup  
 Pekerjaan : \_\_\_\_\_  
 Status :  Kawin  Belum kawin  Janda  Duda  
 \*) Lampirkan dengan fotokopi Akte Kelahiran/ Akte Ganti Nama/Passport.
- Revisi Data Pembayar Kontribusi  
 Nama Pembayar Kontribusi\*) : \_\_\_\_\_  
 Nomor identitas : \_\_\_\_\_  
 Jenis Identitas :  KTP  SIM  Passport  KIMS  KITAS  KTP seumur hidup  
 Pekerjaan : \_\_\_\_\_  
 Status :  Kawin  Belum kawin  Janda  Duda  
 \*) Lampirkan dengan fotokopi Akte Kelahiran/ Akte Ganti Nama/Passport.
- Revisi Data Beneficial Owner  
 Nama Beneficial Owner\*) : \_\_\_\_\_  
 Nomor identitas : \_\_\_\_\_  
 Jenis Identitas :  KTP  SIM  Passport  KIMS  KITAS  KTP seumur hidup  
 Pekerjaan : \_\_\_\_\_  
 Status :  Kawin  Belum kawin  Janda  Duda  
 \*) Lampirkan dengan fotokopi Akte Kelahiran/ Akte Ganti Nama/Passport.
- Perubahan/Penggantian Peserta  
 Nama Peserta Baru\*\*) : \_\_\_\_\_  
 Nomor identitas : \_\_\_\_\_  
 Jenis Identitas :  KTP  SIM  Passport  KIMS  KITAS  KTP seumur hidup  
 Pekerjaan : \_\_\_\_\_  
 Tanggal Lahir : (tanggal/bulan/tahun) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Hubungan dengan Pihak Yang Diasuransikan\*\*\*) : \_\_\_\_\_  
 \*\*) Lampirkan dengan fotokopi Kartu Keluarga & fotokopi kartu identitas calon Peserta baru. Jika calon Peserta baru bukan perorangan, maka wajib mengisi FORMULIR TAMBAHAN PIHAK BUKAN PERORANGAN (Untuk Permohonan Perubahan Polis)  
 \*\*\*) Hubungan antara calon Peserta baru dengan Pihak Yang Diasuransikan harus merupakan hubungan finansial yang diakui secara hukum (*Insurable Interest*)
- Perubahan/Penggantian Pembayar Kontribusi  
 Nama Pembayar Kontribusi Baru\*\*) : \_\_\_\_\_  
 Nomor identitas : \_\_\_\_\_  
 Jenis Identitas :  KTP  SIM  Passport  KIMS  KITAS  KTP seumur hidup  
 Pekerjaan : \_\_\_\_\_  
 Tanggal Lahir : (tanggal/bulan/tahun) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Hubungan dengan Peserta\*\*\*) : \_\_\_\_\_  
 \*) Lampirkan dengan fotokopi Kartu Keluarga & fotokopi kartu identitas Pembayar Kontribusi. Jika calon Pembayar Kontribusi baru bukan perorangan, maka wajib mengisi FORMULIR TAMBAHAN PIHAK BUKAN PERORANGAN (Untuk Permohonan Perubahan Polis)

\*\*\*) Hubungan antara calon Pembayar Kontribusi baru dengan dengan Peserta harus merupakan hubungan finansial yang diakui secara hukum (*Insurable Interest*)

Perubahan/Penggantian *Beneficial Owner*

Nama *Beneficial Owner* Baru\*\*): \_\_\_\_\_  
 Nomor identitas : \_\_\_\_\_  
 Jenis Identitas :  KTP  SIM  Passport  KIMS  KITAS  KTP seumur hidup  
 Pekerjaan : \_\_\_\_\_  
 Tanggal Lahir : (tanggal/bulan/tahun) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Hubungan dengan Peserta\*\*\*) : \_\_\_\_\_

\*\*\*) Lampirkan dengan fotokopi Kartu Keluarga & fotokopi kartu identitas *Beneficial Owner*

\*\*\*) Hubungan antara calon *Beneficial Owner* baru dengan Peserta harus merupakan hubungan finansial yang diakui secara hukum (*Insurable Interest*)

Perubahan/Penggantian Penerima Manfaat (Termaslahat)

No.	Nama Lengkap	L/W	Tanggal Lahir (tanggal/bulan/tahun)	Hubungan dengan Pihak Yang Diasuransikan	% Maslahat
			____ / ____ / ____		
			____ / ____ / ____		
			____ / ____ / ____		
			____ / ____ / ____		
			____ / ____ / ____		

L = Laki – Laki ; W = Wanita

Perubahan Metode Pembayaran Kontribusi, melalui:  
 ( ) Tunai/Transfer ( ) Auto Debit\*\*) ( ) Kartu Kredit\*\*\*)

\*\*\*) Harap mengisi Surat Kuasa Pendebitan Rekening Pembayaran Kontribusi Asuransi

\*\*\*) Harap mengisi Surat Kuasa Pembayaran Kontribusi Asuransi melalui Kartu Kredit

Cuti Kontribusi

Periode Cuti Kontribusi sejak tanggal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (tanggal/bulan/tahun) sampai tanggal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (tanggal/bulan/tahun)

**PENTING:**

- Selama periode Cuti Kontribusi, Anda akan dikenakan ujah bulanan (termasuk namun tidak terbatas pada Ujah/Iuran Asuransi, Ujah/Ujah Administrasi, Ujah Cuti Kontribusi (jika ada)) sesuai ketentuan Polis. Ketidacukupan nilai investasi pada Polis untuk membayar ujah bulanan selama periode Cuti Kontribusi dapat mengakibatkan Polis berakhir (*lapse*).
- Fasilitas Cuti Kontribusi akan berakhir secara otomatis jika Anda melakukan pembayaran Kontribusi dalam periode Cuti Kontribusi.
- Sehubungan dengan pengajuan Cuti Kontribusi, Anda perlu memperhatikan fitur/fasilitas tertentu (misalnya: Fasilitas Pembayaran Kontribusi Otomatis dan fasilitas lainnya) yang diatur pada ketentuan Polis Anda.
- Untuk Polis yang memiliki Fasilitas Polis Tetap Berlaku, apabila Anda melakukan Cuti Kontribusi maka Fasilitas Polis Tetap Berlaku ini menjadi tidak berlaku.

Lain-lain (jelaskan) : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## B. DATA PERTUKARAN INFORMASI ANTAR NEGARA-INDIVIDU

Pemerintah Indonesia telah menyatakan tunduk pada ketentuan FATCA (*Foreign Account Tax Compliance Act*) dan CRS (*Common Reporting Standard*). FATCA bertujuan untuk meningkatkan kepatuhan pajak dari penduduk atau orang yang berkaitan (indicia) dengan Amerika Serikat yang berdomisili, memiliki aset atau berpenghasilan di luar Amerika.

CRS bertujuan untuk meningkatkan kepatuhan pajak dari warga negara mitra/yurisdiksi mitra yang memiliki aset atau penghasilan di luar negara domisili mereka. Negara Mitra/Yurisdiksi Mitra adalah negara atau yurisdiksi yang terikat dengan Pemerintah Indonesia dalam Perjanjian Internasional. Data berikut dibutuhkan sesuai ketentuan FATCA dan CRS yang berlaku.

1. Apakah Anda adalah warga negara/wajib pajak di luar negeri selain Indonesia yang merupakan Negara Mitra/Yurisdiksi Mitra?  Ya  Tidak
2. Apakah alamat tempat tinggal berdasarkan identitas Anda sama dengan alamat korespondensi?  Ya  Tidak  
Jika "Tidak", mohon sebutkan alamat anda berdasarkan identitas. Jika "Ya" mohon lanjut ke pertanyaan ke-8
3. Alamat berdasarkan identitas : \_\_\_\_\_
4. Kota : \_\_\_\_\_ 5. Provinsi : \_\_\_\_\_
6. Kode Pos : \_\_\_\_\_ 7. Negara : \_\_\_\_\_
8. NPWP : \_\_\_\_\_

9. Informasi negara dimana Anda adalah sebagai wajib pajak selain Indonesia yang merupakan Negara Mitra/Yurisdiksi Mitra

Kode Negara	Tax Identification Number (TIN)/Nomor Wajib Pajak	A/B/C*	Penjelasan apabila memilih B

\*Penjelasan alasan apabila TIN/Nomor Wajib Pajak tidak tersedia

Kode Negara	Penjelasan
A	Negara Mitra/Yurisdiksi Mitra tidak mengeluarkan TIN kepada penduduknya
B	Peserta/Pemilik Rekening memang tidak dapat memperoleh TIN atau sejenisnya (Mohon jelaskan alasannya pada tabel di atas)
C	TIN tidak diwajibkan, hukum domestik dari negara/yurisdiksi yang bersangkutan tidak mewajibkan kelengkapan TIN

Jika formulir ini tidak mencukupi, dapat dibuat salinan (*copy*) untuk diisi

Untuk keperluan **FATCA**, isilah dengan memberi tanda  pada kotak jawaban yang sesuai

PERTANYAAN	YA	TIDAK
10. Apakah negara penerbit identitas Anda adalah Amerika Serikat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Apakah Anda lahir di Negara Amerika Serikat/Puerto Rico/American Samoa/United States Minor Outlying Islands/Kepulauan Virgin/Guam/Kepulauan Mariana Utara?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jika terdapat jawaban "Ya" pada salah satu dari pertanyaan 10 - 11 di atas, mohon menjawab pertanyaan berikut:

PERTANYAAN	YA	TIDAK
12. Apakah Anda memiliki ijin tinggal di Amerika Serikat ( <i>US green card</i> )?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Apakah Anda merupakan penduduk tetap berstatus asing di Amerika Serikat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Apakah Anda pembayar pajak ke Amerika Serikat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jika terdapat jawaban "Ya" pada salah satu dari pertanyaan 12-14 di atas, mohon untuk mengisi formulir lain yang diperlukan\*)

\*) Formulir IRS (W-8BEN untuk warga Non Amerika Serikat namun terkait dengan Amerika Serikat; W-9 untuk warga Amerika Serikat)

### C. PERNYATAAN DAN JAMINAN

Dengan ini Saya / Kami selaku Peserta, calon Peserta baru dan/atau Pihak Yang Diasuransikan (“**Saya**”) menyatakan dan menjamin bahwa:

1. Semua keterangan yang diberikan di dalam Formulir ini (serta 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 sendiri yang menandatangani Formulir ini (serta surat, formulir dan/atau dokumen lainnya sehubungan dengan Formulir ini).
2. Bahwa apabila ternyata pernyataan, keterangan, dokumen dan jawaban yang Saya berikan tidak benar/diragukan kebenarannya, maka Saya memahami serta menyetujui sepenuhnya bahwa Polis menjadi batal dan Allianz dibebaskan dari segala kewajibannya membayar Manfaat Asuransi, segala gugatan, tuntutan, klaim atau bagian dari itu dalam bentuk dan nama apapun, maupun mengembalikan Kontribusi, baik saat ini maupun di kemudian hari.
3. Segala risiko yang timbul sehubungan dengan pengajuan pada Formulir ini sepenuhnya merupakan tanggung jawab Saya, dan Saya melepaskan Allianz 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.
4. Saya mengerti dan memahami bahwa pengajuan pada Formulir ini hanya akan diproses oleh Allianz setelah seluruh dokumen yang dipersyaratkan disampaikan secara benar dan lengkap dan pengajuan akan diproses sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Allianz.
5. Saya menyetujui bahwa apabila diperlukan Allianz dapat meminta dokumen pendukung lainnya dan/atau melakukan verifikasi dan konfirmasi sehubungan dengan pengajuan pada Formulir ini melalui media yang ditentukan oleh Allianz. Dalam hal dokumen pendukung lainnya tidak disampaikan oleh Saya dalam jangka waktu yang ditentukan oleh Allianz atau verifikasi dan konfirmasi tidak berhasil dilakukan oleh Allianz, maka proses pengajuan pada Formulir ini tidak dapat diproses lebih lanjut.
6. Saya dengan ini memberikan persetujuan dan izin, kepada Allianz untuk:
  - a. menyimpan dan memproses data dan/atau informasi pribadi Saya (termasuk data dan informasi kesehatan serta finansial Saya) dalam rangka dan/atau untuk setiap tujuan berikut ini:
    - (i) proses pengajuan permohonan asuransi;
    - (ii) penerbitan Polis;
    - (iii) penilaian risiko asuransi;
    - (iv) kegiatan operasional Allianz;
    - (v) pengajuan dan penanganan setiap klaim (termasuk namun tidak terbatas pada pemeriksaan dan investigasi klaim);
    - (vi) pembayaran manfaat asuransi/klaim;
    - (vii) keperluan ko-asuransi termasuk penanganan klaim yang timbul atas ko-asuransi;
    - (viii) pelayanan nasabah termasuk penanganan keluhan/komplain;
    - (ix) pembayaran komisi;
    - (x) kerja sama dalam rangka penemuan atau pencegahan penipuan dan kejahatan keuangan;
    - (xi) setiap proses hukum yang melibatkan Allianz dan/atau tenaga pemasarnya;
    - (xii) kerja sama reasuransi dan/atau retrosesi;
    - (xiii) kepatuhan terhadap perintah pengadilan, hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku; dan/atau
    - (xiv) 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 Allianz;
    - (iii) perusahaan induk Allianz, 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 5 (a).
  - c. Menyimpan serta memproses data dan/atau informasi pribadi Saya (termasuk data dan informasi kesehatan serta finansial Saya) dan mengungkapkan data dan/atau informasi pribadi tersebut untuk menanggapi perintah pengadilan atau proses hukum atau permintaan dari regulator manapun atau pihak berwenang atau untuk melindungi terhadap penipuan atau aktivitas ilegal lainnya atau untuk tujuan manajemen risiko atau untuk memungkinkan Allianz untuk melakukan upaya hukum yang tersedia atau membatasi kerusakan yang mungkin terjadi terhadap Allianz, dan/atau mematuhi hukum dan proses hukum termasuk tetapi tidak terbatas pada peraturan tentang FATCA dan CRS (“Kebutuhan Pelaporan Pertukaran Informasi Antar Negara”). Saya juga bersedia untuk memberikan informasi/dokumen yang diperlukan guna memenuhi kebutuhan terkait (“Informasi Terkait”) dan dengan segera menyampaikan pengkinian data kepada Allianz jika ada perubahan atas Informasi Terkait tersebut.

7. Saya mengerti bahwa untuk mempelajari lebih lanjut tentang bagaimana Allianz melindungi data pribadi dan hak-hak saya dengan mengakses tautan berikut: <https://www.allianz.co.id/kebijakan-privasi.html>.
8. Apabila pembayaran yang dilakukan terdapat indikasi mencurigakan sebagaimana yang tercantum pada UU Pencegahan dan Pemberantasan Tindak Pidana Pencucian Uang & Pendanaan Terorisme, maka Penanggung 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 dan Pencegahan Pendanaan Terorisme di Sektor Jasa Keuangan:
- Saya menyadari, mengerti dan memahami bahwa Saya memiliki kewajiban untuk senantiasa melakukan pengkinian data kepada Allianz dan menyerahkan salinan dokumen pendukung yang berlaku.
  - Saya juga setuju bahwa Allianz dapat menolak dan/atau membatalkan transaksi, apabila Saya (1) tidak melakukan pengkinian data; (2) diketahui dan/atau patut diduga menggunakan dokumen palsu atau menyampaikan informasi yang diragukan kebenarannya; (3) terdapat di dalam Daftar Terduga Teroris, Organisasi Teroris dan Proliferasi Senjata Pemusnah Massal; dan/atau (4) kondisi lainnya sebagaimana diatur pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.
10. Dengan menandatangani Formulir ini, maka Saya mengkonfirmasi keputusan untuk melanjutkan transaksi yang tercantum pada Formulir ini.
11. Saya mengakui dan menyetujui bahwa Formulir ini dapat ditandatangani dengan tanda tangan elektronik (baik seluruhnya atau sebagian), yang harus dianggap sebagai tanda tangan asli untuk semua tujuan dan yang memiliki kekuatan hukum yang sama dengan tanda tangan asli (basah). Saya mengakui dan menyetujui bahwa, dalam setiap proses hukum dalam setiap hal yang sehubungan dengan Formulir ini dan/atau produk asuransi dan/atau permohonan ini, Saya secara tegas mengesampingkan setiap hak untuk (i) mengajukan pembelaan atau pelepasan tanggung jawab/kewajiban; dan/atau (ii) membatalkan Formulir ini, atas alasan penandatanganan Formulir ini oleh Saya dengan tanda tangan elektronik.
12. **Khusus untuk perubahan Peserta:**
- Saya sebagai Calon Peserta baru telah memahami semua syarat dan ketentuan Polis (termasuk Surat Permohonan Asuransi Jiwa, dokumen, formulir dan keterangan lain yang merupakan bagian dari Polis).
  - Saya sebagai Calon Peserta baru mengerti, memahami dan menyetujui bahwa jika permohonan perubahan Peserta yang diajukan telah disetujui oleh Allianz:
    - Tanggal berlakunya perubahan Peserta tersebut adalah tanggal ketika Allianz menyetujui permohonan tersebut, tanggal mana akan disebutkan dalam Endosemen yang akan dikirimkan oleh Allianz kepada Saya sebagai Peserta baru ("**Tanggal Efektif**"); dan
    - Terhitung sejak Tanggal Efektif, Saya setuju untuk tunduk dan terikat pada semua syarat dan ketentuan Polis tersebut sebagai Peserta, dan tidak akan mengajukan keberatan, sanggahan atau bantahan apapun terhadap syarat dan ketentuan Polis (termasuk Surat Permohonan Asuransi Jiwa, dokumen, formulir dan keterangan lain yang merupakan bagian dari Polis).

13. **Persetujuan pemasaran:**

Apakah Anda bersedia (i) untuk menerima informasi, penawaran produk dan/atau layanan serta dihubungi oleh Allianz, anak perusahaannya dan/atau afiliasinya ("**Grup Allianz**") (serta pihak ketiga yang ditunjuk oleh Grup Allianz); dan (ii) data pribadi Anda diproses oleh Grup Allianz dan pihak ketiga yang ditunjuk oleh Grup Allianz untuk tujuan pemasaran, peningkatan kualitas data pribadi serta peningkatan layanan?

YA       TIDAK

Dalam hal Anda menjawab "YA", Anda mengerti dan menyetujui bahwa persetujuan di atas meliputi: (i) persetujuan untuk dihubungi dan/atau dikirimkan informasi mengenai penawaran produk dan/atau layanan, survei nasabah dan kampanye produk, melalui setiap media komunikasi yang tersedia (seperti surat, surat elektronik (*email*), *short message service* (sms), telepon, aplikasi pesan singkat dan media komunikasi digital/elektronik lainnya) oleh Grup Allianz (serta pihak ketiga yang ditunjuk oleh Grup Allianz); dan (ii) persetujuan pemberian kuasa kepada Grup Allianz (serta pihak ketiga yang ditunjuk oleh Grup Allianz) untuk mengungkapkan informasi data pribadi Anda kepada setiap pihak lainnya terkait kepentingan yang dimaksud pada poin (i).

**Perhatian** : Dalam hal Anda tidak lagi bersedia dihubungi dan menerima informasi penawaran produk dan/atau layanan dari Allianz dan/atau afiliasinya (serta pihak ketiga yang ditunjuk oleh Allianz dan/atau afiliasinya), Anda dapat mengirimkan email ke [allianzcaresyariah@allianz.co.id](mailto:allianzcaresyariah@allianz.co.id) atau menghubungi AllianzCare Syariah 1500 139 untuk menyampaikan maksud tersebut

Dibuat dan ditandatangani di \_\_\_\_\_ tanggal pengajuan (tanggal/bulan/tahun) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Tanda Tangan Peserta

Tanda Tangan Pihak Yang Diasuransikan  
(hanya jika ada revisi data Pihak Yang  
Diasuransikan dan/atau  
Perubahan/Penggantian Termaslahat)

Tanda Tangan Peserta Baru  
(hanya jika ada Perubahan/Penggantian  
Peserta)

\_\_\_\_\_  
(Nama Lengkap)

\_\_\_\_\_  
(Nama Lengkap)

\_\_\_\_\_  
(Nama Lengkap)

<p><b>Data Tenaga Pemasar</b></p> <p>Nama Tenaga Pemasar : _____</p> <p>Nomor telepon/handphone: _____</p> <p>Nama Leader : _____</p> <p>Nomor telepon/handphone: _____</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">Tanda Tangan</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">_____ (Nama Lengkap)</p>	<p>Diverifikasi oleh : <input type="checkbox"/> Agency    <input type="checkbox"/> Allianz Center</p> <p>Nama : _____</p> <p>Tanggal : _____</p> <p>Telepon : _____</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">Tanda Tangan</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">_____ (Nama Lengkap)</p>								
<p>Catatan diisi oleh Kantor Pusat</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">1. _____</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">5. _____</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">2. _____</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">6. _____</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">3. _____</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">7. _____</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">4. _____</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">8. _____</td> </tr> </table>		1. _____	5. _____	2. _____	6. _____	3. _____	7. _____	4. _____	8. _____
1. _____	5. _____								
2. _____	6. _____								
3. _____	7. _____								
4. _____	8. _____								