

## FORMULIR PENGKINIAN DATA PERORANGAN

Petunjuk Pengisian Formulir:

- Formulir ini **wajib** diisi dengan huruf CETAK dan LENGKAP
- 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
- 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

Nama Peserta : \_\_\_\_\_  
 Nomor Polis : \_\_\_\_\_  
 1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_  
 3. \_\_\_\_\_  
 4. \_\_\_\_\_  
 5. \_\_\_\_\_

### A. DATA PRIBADI & PEKERJAAN PESERTA

**Catatan: Mohon mengisi bagian yang ingin dilakukan perubahan dan mencoret bagian yang kosong karena tidak dilakukan perubahan.**

Nama Lengkap\* : \_\_\_\_\_  
 Nama Alias (jika ada) : \_\_\_\_\_

\*) Lampirkan dengan fotokopi Akte Kelahiran/Akte Ganti Nama

Jenis Identitas\*\* :  E-KTP  Passport  KIMS  KITAS  Akta Lahir  KTP seumur hidup

\*\*\*) Lampirkan dengan fotokopi jenis identitas yang dipilih

Nomor Identitas : \_\_\_\_\_ Tanggal berakhirnya Identitas : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 tgl bln tahun

Alamat Identitas	:	_____	Alamat Tempat Tinggal	:	_____
	:	_____		:	_____
Kelurahan	:	_____	Kelurahan	:	_____
Kecamatan	:	_____	Kecamatan	:	_____
Kota	:	_____	Kota	:	_____
Provinsi	:	_____	Provinsi	:	_____
Kode Pos	:	_____	Kode Pos	:	_____
Negara	:	_____	Negara	:	_____
Telepon (Rumah)	:	_____	Handphone	:	_____

Alamat Korespondensi :  Tempat Tinggal Saat Ini  Tempat Kerja  Alamat identitas

Alamat Email : \_\_\_\_\_

Korespondensi melalui email :  Ya  Tidak

Tempat/tanggal lahir\*\*\* : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Negara tempat lahir : \_\_\_\_\_  
 tgl bln tahun

\*\*\*) Lampirkan dengan fotokopi Akte Kelahiran

Kewarganegaraan :  WNI  Non WNI, sebutkan kewarganegaraannya \_\_\_\_\_

Pekerjaan :  Pengusaha/Wirawasta  Karyawan Administrasi  Tenaga Pemasar Asuransi  
 Ibu Rumah Tangga  Direktur  Dokter  
 Marketing  Lainnya \_\_\_\_\_

Nama Instansi/Perusahaan : \_\_\_\_\_

Jenis Usaha Instansi/Perusahaan : \_\_\_\_\_

Alamat Tempat Kerja : \_\_\_\_\_

Telepon (Kantor) : \_\_\_\_\_

Jabatan : \_\_\_\_\_

Jenis Kelamin :  Pria  Wanita

Status Perkawinan :  Kawin  Belum Kawin  Janda / Duda

Jumlah Penghasilan rata-rata Per Tahun :  Tidak ada penghasilan  < Rp10 Juta  Rp10 Juta - < Rp25 Juta

Rp25 Juta - < Rp45 Juta  Rp45 Juta - < Rp100 Juta  ≥ 100 juta

Lainnya \_\_\_\_\_

NPWP : \_\_\_\_\_

**B. DATA PRIBADI & PEKERJAAN PIHAK YANG DIASURANSIKAN**

Catatan: Mohon mengisi bagian yang ingin dilakukan perubahan dan mencoret bagian yang kosong karena tidak dilakukan perubahan.

Hubungan dengan Peserta : \_\_\_\_\_

Nama Lengkap\* : \_\_\_\_\_

Nama Alias (jika ada) : \_\_\_\_\_

\*) Lampirkan dengan fotokopi Akte Kelahiran/Akte Ganti Nama

Jenis Identitas\*\* :  E-KTP  Passport  KIMS  KITAS  Akta Lahir  KTP seumur hidup

\*\*) Lampirkan dengan fotokopi jenis identitas yang dipilih

Nomor Identitas : \_\_\_\_\_ Tanggal berakhirnya Identitas : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
tgl bln tahun

Alamat Identitas : \_\_\_\_\_ Alamat Tempat Tinggal : \_\_\_\_\_

Kelurahan : \_\_\_\_\_ Kelurahan : \_\_\_\_\_

Kecamatan : \_\_\_\_\_ Kecamatan : \_\_\_\_\_

Kota : \_\_\_\_\_ Kota : \_\_\_\_\_

Provinsi : \_\_\_\_\_ Provinsi : \_\_\_\_\_

Kode Pos : \_\_\_\_\_ Kode Pos : \_\_\_\_\_

Negara : \_\_\_\_\_ Negara : \_\_\_\_\_

Telepon (Rumah) : \_\_\_\_\_ Handphone : \_\_\_\_\_

Tempat/tanggal lahir\*\*\* : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Negara tempat lahir : \_\_\_\_\_  
tgl bln tahun

\*\*\*) Lampirkan dengan fotokopi Akte Kelahiran

Kewarganegaraan :  WNI  Non WNI, sebutkan kewarganegaraannya \_\_\_\_\_

Pekerjaan :  Pengusaha/Wiraswasta  Karyawan Administrasi  Tenaga Pemasar Asuransi  
 Ibu Rumah Tangga  Direktur  Dokter  
 Marketing  Lainnya \_\_\_\_\_

Nama Instansi/Perusahaan : \_\_\_\_\_

Jenis Usaha Instansi/Perusahaan : \_\_\_\_\_

Alamat Tempat Kerja : \_\_\_\_\_

Telepon (Kantor) : \_\_\_\_\_

Jabatan : \_\_\_\_\_

Jenis Kelamin :  Pria  Wanita

Status Perkawinan :  Kawin  Belum Kawin  Janda / Duda

Nama Gadis Ibu Kandung : \_\_\_\_\_

Jumlah Penghasilan rata-rata Per Tahun :  Tidak ada penghasilan  < Rp10 Juta  Rp10 Juta - < Rp25 Juta  
 Rp25 Juta - < Rp45 Juta  Rp45 Juta - < Rp100 Juta  ≥ 100 juta  
 Lainnya \_\_\_\_\_

NPWP : \_\_\_\_\_

**C. DATA PRIBADI & PEKERJAAN PEMBAYAR KONTRIBUSI**

Catatan: Mohon mengisi bagian yang ingin dilakukan perubahan dan mencoret bagian yang kosong karena tidak dilakukan perubahan.

Bagian ini hanya diisi jika Peserta memiliki rider Payor.

Pembayar Kontribusi adalah :  Pihak Yang Diasuransikan  Peserta  
 Lainnya, \_\_\_\_\_ Hubungan dengan \_\_\_\_\_

Peserta : \_\_\_\_\_

Nama Lengkap\* : \_\_\_\_\_

Nama Alias (jika ada) : \_\_\_\_\_

\*) Lampirkan dengan fotokopi Akte Kelahiran/Akte Ganti Nama

Jenis Identitas\*\* :  E-KTP  Passport  KIMS  KITAS  Akta Lahir  KTP seumur hidup

\*\*) Lampirkan dengan fotokopi jenis identitas yang dipilih

Nomor Identitas : \_\_\_\_\_ Tanggal berakhirnya Identitas : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
tgl bln tahun

Alamat Identitas	:	_____	Alamat Tempat Tinggal	:	_____
	:	_____		:	_____
Kelurahan	:	_____	Kelurahan	:	_____
Kecamatan	:	_____	Kecamatan	:	_____
Kota	:	_____	Kota	:	_____
Provinsi	:	_____	Provinsi	:	_____
Kode Pos	:	_____	Kode Pos	:	_____
Negara	:	_____	Negara	:	_____
Telepon (Rumah)	:	_____	Handphone	:	_____
Tempat/tanggal lahir***	:	_____ / _____ / _____	Negara tempat lahir	:	_____
		tgl      bln      tahun			

\*\*\*) Lampirkan dengan fotokopi Akte Kelahiran

Kewarganegaraan :  WNI       Non WNI, sebutkan kewarganegaraannya \_\_\_\_\_

Pekerjaan :  Pengusaha/Wiraswasta       Karyawan Administrasi       Tenaga Pemasar Asuransi  
 Ibu Rumah Tangga       Direktur       Dokter  
 Marketing       Lainnya \_\_\_\_\_

Nama Instansi/Perusahaan : \_\_\_\_\_

Jenis Usaha Instansi/Perusahaan : \_\_\_\_\_

Alamat Tempat Kerja : \_\_\_\_\_

Telepon (Kantor) : \_\_\_\_\_

Jabatan : \_\_\_\_\_

Jenis Kelamin :  Pria       Wanita

Status Perkawinan :  Kawin       Belum Kawin       Janda / Duda

Jumlah Penghasilan rata-rata Per Tahun :  Tidak ada penghasilan       < Rp10 Juta       Rp10 Juta - < Rp25 Juta  
 Rp25 Juta - < Rp45 Juta       Rp45 Juta - < Rp100 Juta       ≥ 100 juta  
 Lainnya \_\_\_\_\_

NPWP : \_\_\_\_\_

#### D. 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)

## E. PERNYATAAN DAN JAMINAN

Saya, sebagai Peserta / Pihak Yang Diasuransikan / Pembayar Kontribusi ("**Saya**"), telah mengisi Formulir Pengkinian Data Perorangan ("**Formulir**") ini dengan benar dan jujur dan dengan ini pula menyatakan dan menyetujui:

1. Semua keterangan yang diberikan di dalam Formulir ini (termasuk 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 PT Asuransi Allianz Life Indonesia ("**Allianz**") dibebaskan dari segala kewajibannya membayar Santunan 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 mengerti dan memahami bahwa:
  - a. Allianz akan melakukan Pemrosesan Data Pribadi Saya. Pengertian:
    - (i) **Data Pribadi** mencakup semua data dan/atau informasi yang tercantum dalam SPAJ Syariah ini, data dan/atau informasi Saya berikan kepada Allianz melalui sarana atau pihak manapun dari waktu ke waktu dan data dan/atau informasi yang diperoleh oleh Allianz dari pihak ketiga manapun; dan
    - (ii) **Pemrosesan** atau **Memproses** mencakup kegiatan pemerolehan, pengumpulan, pengolahan, penganalisisan, penyimpanan, perbaikan, pembaruan, penampilan, pengumuman, transfer, penyebarluasan, pengungkapan, penghapusan dan/atau pemusnahan Data Pribadi.
  - b. Dasar Pemrosesan Data Pribadi Saya oleh Allianz adalah satu atau lebih dari dasar-dasar Pemrosesan berikut ini:
    - (i) Pemenuhan kewajiban perjanjian untuk memenuhi permintaan Saya;
    - (ii) Pemenuhan kewajiban hukum Allianz sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
    - (iii) Pemenuhan perlindungan kepentingan vital Saya; **dan/atau**
    - (iv) Pemenuhan kepentingan yang sah lainnya dengan tetap memperhatikan tujuan, kebutuhan dan keseimbangan kepentingan Allianz dan Saya,

masing-masing dasar Pemrosesan tersebut adalah sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan yang mengatur perlindungan data pribadi di Indonesia.

- c. Pemrosesan Data Pribadi Saya oleh Allianz adalah dalam rangka dan/atau untuk setiap tujuan berikut ini (“**Tujuan Pemrosesan**”):
- (i) penilaian risiko asuransi;
  - (ii) kegiatan operasional Allianz;
  - (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 ko-asuransi;
  - (vi) pelayanan nasabah termasuk penanganan keluhan/komplain;
  - (vii) pembayaran komisi;
  - (viii) kerja sama terkait proses permohonan asuransi dan/atau klaim (baik permohonan asuransi dan/atau klaim yang Saya ajukan di Allianz atau perusahaan asuransi lainnya);
  - (ix) kerja sama dalam rangka penemuan atau pencegahan penipuan dan kejahatan keuangan;
  - (x) setiap proses hukum yang melibatkan Allianz dan/atau tenaga pemasarnya;
  - (xi) kerja sama reasuransi dan/atau retrosesi;
  - (xii) 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**”);
  - (xiii) kepatuhan terhadap perintah pengadilan, hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku; dan/atau
  - (xiv) proses lainnya yang terkait dengan penyelenggaraan kegiatan asuransi.
- d. Allianz dapat mengungkapkan Data Pribadi Saya kepada pihak-pihak berikut ini (selanjutnya disebut “**Pihak Terkait**”) dalam rangka dan/atau untuk setiap Tujuan Pemrosesan:
- (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, Tenaga Pemasar dan perwakilannya dan/atau usaha patungan; dan/atau
  - (iv) otoritas, asosiasi asuransi, pengadilan, pihak yang berwenang dan/atau badan pemerintah (*regulator*) manapun.
- e. Dalam rangka dan/atau untuk setiap Tujuan Pemrosesan, Allianz juga dapat:
- (i) melakukan transfer Data Pribadi Saya kepada setiap Pihak Terkait yang berada di luar wilayah hukum Republik Indonesia; dan/atau
  - (ii) menunjuk setiap Pihak Terkait sebagai prosesor untuk melakukan Pemrosesan Data Pribadi Saya.
7. Saya mengerti dan setuju bahwa masing-masing dasar Pemrosesan sebagaimana dijelaskan dalam butir 6(b) di atas adalah sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan yang mengatur perlindungan data pribadi di Indonesia dan merupakan dasar hukum yang sah atas Pemrosesan seluruh Data Pribadi Saya.
8. Saya juga bersedia untuk memberikan informasi/dokumen yang diperlukan guna memenuhi Kebutuhan Pelaporan Pertukaran Informasi Antar Negara (“**Informasi Terkait**”) dan dengan segera menyampaikan pengkinian data kepada Allianz jika ada perubahan atas Informasi Terkait tersebut.
9. 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>.
10. Apabila pembayaran/transaksi yang dilakukan terdapat indikasi mencurigakan sebagaimana yang tercantum pada UU Pencegahan dan Pemberantasan Tindak Pidana Pencucian Uang, Pendanaan Terorisme, dan Pendanaan Proliferasi Senjata Pemusnah Massal, maka Pengelola dapat melakukan hal-hal yang dibutuhkan sebagaimana tercantum di dalam peraturan perundang-undangan tersebut.
11. Sehubungan dengan Peraturan Otoritas Jasa Keuangan tentang Penerapan Program Anti Pencucian Uang dan Pencegahan Pendanaan Terorisme di Sektor Jasa Keuangan:
- a. Saya menyadari, mengerti dan memahami bahwa Saya memiliki kewajiban untuk senantiasa melakukan pengkinian data kepada Allianz dan menyerahkan salinan dokumen pendukung yang berlaku.
  - b. 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.

12. Dengan menandatangani Formulir ini, maka Saya mengkonfirmasi perubahan data Saya yang tercantum pada Formulir ini.
13. 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.

14. 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

Tanda Tangan  
Pembayar  
Kontribusi

\_\_\_\_\_  
(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;">Tanda Tangan</p> <p style="text-align: right;">_____ (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;">Tanda Tangan</p> <p style="text-align: right;">_____ (Nama Lengkap)</p>								
<p>Catatan diisi oleh Kantor Pusat</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. _____</td> <td style="width: 50%;">5. _____</td> </tr> <tr> <td>2. _____</td> <td>6. _____</td> </tr> <tr> <td>3. _____</td> <td>7. _____</td> </tr> <tr> <td>4. _____</td> <td>8. _____</td> </tr> </table>		1. _____	5. _____	2. _____	6. _____	3. _____	7. _____	4. _____	8. _____
1. _____	5. _____								
2. _____	6. _____								
3. _____	7. _____								
4. _____	8. _____								