

FORMULIR PENKINIAN DATA

Dalam rangka peningkatan layanan konsumen di PT Asuransi Jasa Indonesia, mohon agar dapat meluangkan waktu untuk mengisi Formulir Pengkinian Data berikut ini ("Formulir"). Beberapa hal yang perlu Anda perhatikan :

1. Mohon dapat diisi dengan menggunakan huruf cetak/kapital, jelas dan memberikan tanda centang (V) pada kotak pilihan yang sesuai;
2. Mohon menandatangani Formulir ini setelah diisi dengan lengkap dan benar. Jangan menandatangani Formulir ini dalam keadaan kosong;
3. Mengirimkan kembali Formulir yang sudah terisi beserta *copy* identitas yang berlaku melalui email contactcenter@asuransijasindo.co.id cc Unit-Kepatuhan@asuransijasindo.co.id;
4. Setelah Formulir diterima, PT Asuransi Jasa Indonesia akan menghubungi Anda kembali untuk melakukan konfirmasi perihal Pengkinian Data yang telah Anda berikan.

No Polis : _____

KATEGORI PERSEORANGAN

Nama Lengkap : _____ No. KTP (WNI) /PASSPORT (WNA) : _____
 Tempat & Tanggal Lahir : _____ NPWP : _____
 Jenis Kelamin : ☐ Laki-laki ☐ Perempuan
 Agama : ☐ Islam ☐ Katolik ☐ Kristen ☐ Hindu ☐ Budha ☐ Lainnya: _____
 Kewarganegaraan : ☐ WNI ☐ WNA, sebutkan _____
 Status Perkawinan : ☐ Kawin ☐ Belum Kawin ☐ Lainnya: _____
 Nama Gadis Ibu Kandung : _____
 Pekerjaan : ☐ PNS/TNI/POLRI ☐ BUMN ☐ Swasta ☐ Wiraswasta ☐ Lainnya: _____
 No. Telp/ HP : _____ Email : _____
 Alamat Domisili/KTP : _____
 Kota : _____ Provinsi : _____ Kode Pos : _____
 Beneficial Owner : _____ (Jika ada dan dilengkapi *copy* identitas yang berlaku)
 Sumber Dana : ☐ Gaji ☐ Hasil Usaha ☐ Bantuan/Hibah ☐ Lainnya : _____
 Rata-rata Penghasilan : ☐ s/d 5 Juta ☐ 5 Juta – 10 Juta ☐ 10 – 50 Juta ☐ 50 Juta – 100 Juta ☐ >100 Juta
 (Per bulan dalam Rupiah)

KATEGORI BADAN USAHA

Jenis Badan Usaha : ☐ PT ☐ CV ☐ Koperasi ☐ Yayasan ☐ Lainnya: _____
 Nama Perusahaan : _____
 No. Izin Usaha : _____ NPWP : _____
 Tempat & Tgl Pendirian : _____
 Alamat Perusahaan : _____
 Kota : _____ Provinsi : _____ Kode Pos : _____
 Bidang Usaha : _____ Email : _____
 Sumber Dana : ☐ Hasil Pendapatan ☐ Lainnya : _____
 Nama PIC : _____ No Telp Perusahaan/ PIC : _____
 Beneficial Owner : _____ (Jika ada dan dilengkapi *copy* identitas yang berlaku)

Dengan menandatangani Formulir ini, SAYA dan/atau Pemegang Polis dan/atau Tertanggung yang diwakilkan oleh SAYA, setuju :

1. Memberikan izin kepada PT Asuransi Jasa Indonesia ("Penanggung") untuk melakukan pemrosesan Informasi/Data (mengumpulkan, memverifikasi, mengolah, menyimpan, memperbarui, mempergunakan, termasuk memusnahkan) yang tercantum dalam Formulir ini dan mengungkapkan Informasi/Data Pribadi (termasuk namun tidak terbatas pada nama, alamat surat menyurat, alamat email, nomor telepon, kontak, dan informasi/keterangan lainnya) kepada afiliasi Penanggung dan/atau pihak ketiga yang ditunjuk oleh Penanggung serta setuju dihubungi melalui sarana komunikasi pribadi sehubungan dengan pelayanan klaim, peningkatan layanan konsumen dan/ atau pelaksanaan ketentuan polis asuransi sesuai dengan kebijakan internal Penanggung maupun peraturan perundang-undangan yang berlaku. Adapun rincian mengenai tujuan pemrosesan Data Pribadi maupun pihak lain yang dapat memperoleh dan/atau melakukan pemrosesan Informasi/Data Pribadi SAYA untuk menunjang keperluan ini tercantum dalam Kebijakan Privasi Penanggung yang dapat diakses pada <https://bit.ly/JSDPrivasi>;
2. Menyatakan bahwa seluruh Informasi/ keterangan yang dicantumkan dalam Formulir ini dibuat dengan sejujurnya dan sesuai dengan keadaan sebenarnya menurut pengetahuan SAYA atau yang seharusnya SAYA ketahui.

Selanjutnya, SAYA dan/atau Pemegang Polis dan/atau Tertanggung yang diwakilkan oleh SAYA: ☐ Setuju ☐ Tidak Setuju

Dapat dihubungi melalui sarana komunikasi pribadi (seperti surat, surat elektronik (*email*), *short message service* (sms), telepon, aplikasi pesan singkat dan media komunikasi digital/elektronik lainnya) oleh Penanggung atau pihak yang diberikan kuasa dan/atau ditunjuk oleh Penanggung, dalam rangka penawaran/kampanye produk dan/atau layanan.

....., 20.....

[ttd]

Nama: _____