

For company use – intermediary details and stamp | Untuk penggunaan perusahaan – rincian perantara dan stempel

Intermediary company: Perusahaan perantara:	Fax number: Nomor faks:
	Email address: Alamat email:
Contact/Advisor name: Nama kontak/Penasehat:	Official stamp: Stempel resmi:
Telephone number: Nomor telepon:	

Please complete this form in BLOCK CAPITALS and send **Your** completed form to **Us** via **Your** intermediary, or direct to PT Sampo Insurance Indonesia by email to CustomerService@now-health.com or fax it to +62 21 515 7639.

Plans are underwritten by PT Sampo Insurance Indonesia.

Silahkan lengkapi formulir ini dengan menggunakan HURUF BESAR dan kirim formulir **Anda** yang telah diisi lengkap ke **Kami** melalui perantara **Anda**, atau langsung ke PT Sampo Insurance Indonesia melalui email di CustomerService@now-health.com atau fax ke +62 21 515 7639.

Polis ini ditanggung oleh PT Sampo Insurance Indonesia.

Section 1: Planholder's details | Bagian 1: Rincian Tertanggung

First name(s): Nama depan:	Family name: Nama keluarga:
Membership number: Nomor kepesertaan:	

Section 2: What would You like to change? | Bagian 2: Apa yang ingin Anda ubah?

Family name Nama keluarga ☐	Address Alamat ☐	Email address Alamat email ☐
Family name Nama keluarga		
Old name: Nama sebelumnya:	New name: Nama baru:	
Date the change to take effect from (dd/mm/yyyy): Tanggal perubahan berlaku sejak (tgl/bln/thn): / /		
Please note that We need a copy of the official document e.g. marriage certificate to update Our records Harap dicatat bahwa Kami memerlukan salinan dokumen misalnya surat nikah resmi untuk memperbarui catatan Kami .		
Address Alamat		
Old address: Alamat sebelumnya:		
New address: Alamat baru:		
Date the change to take effect from (dd/mm/yyyy): Tanggal perubahan berlaku sejak (tgl/bln/thn): / /		
Email address Alamat email		
Old email address: Alamat email sebelumnya:	New email address: Alamat email baru:	
Date the change to take effect from (dd/mm/yyyy): Tanggal perubahan berlaku sejak (tgl/bln/thn): / /		

Data protection

We will collect certain information about **You** in the course of considering **Your** application and, if a **Plan** is issued to **You**, conducting **Our** relationship with **You**. This information will be processed for the purposes of underwriting **Your** insurance coverage, managing any **Plan** issued and administering claims. **Your** information may be passed to **Underwriters, Medical Practitioners, Medical Assistance Companies** and **Claims Administrators** for these purposes, including those located outside Indonesia. The same duty of confidentiality is required of any third parties to whom the administration of **Your Plan** may be subcontracted, including those based outside Indonesia. **Your** name and contact details will not be disclosed to other organisations (except as stated above).

Now Health International may contact **You** with details of other products and services which may be of interest to **You**. **You** may be contacted by post, telephone or email if appropriate. If **You** do not wish this to happen please tick this box ☐.

You have a right of access to, and correction of, information that **We** hold about **You**. Please contact **Us** if **You** would like to exercise either of these rights. Some of the information **We** collect about **You** may be classified as "sensitive" – that is information about racial or ethnic origin and physical or mental health. Data protection laws impose specific conditions in relation to sensitive information, including, in some circumstances, the need to obtain **Your** explicit consent before **We** process the information.

By signing this form **You** consent to the processing and transfer of information (including sensitive information) described in this notice. Without this consent **We** will not be able to consider **Your** application.

Kerahasiaan Data

Kami mengumpulkan informasi pribadi tentang **Anda** selama kami mempertimbangkan permohonan **Anda** dan, jika **Polis** diterbitkan untuk **Anda**, menjalankan hubungan **Kami** dengan **Anda**. Informasi ini akan diproses untuk tujuan penjaminan pertanggungan Asuransi **Anda**, mengelola **Polis** yang diterbitkan dan pengurusan klaim. Informasi **Anda** mungkin diteruskan ke **Penanggung, Praktisi Medis, Perusahaan Bantuan Medis dan Administrator Klaim Anda** untuk tujuan ini, termasuk yang berlokasi di luar Indonesia. Kewajiban kerahasiaan yang sama berlaku bagi pihak ketiga yang disubkontrak untuk mengurus **Polis Anda**, termasuk yang beroperasi di luar Indonesia. Rincian pribadi **Anda** tidak akan diungkapkan kepada perusahaan lain (Kecuali sebagaimana dinyatakan di atas).

Now Health International dapat menghubungi **Anda** dengan rincian produk dan layanan lain yang mungkin menarik bagi **Anda**. **Anda** dapat dihubungi melalui surat, SMS atau email yang mungkin menarik bagi **Anda**. Jika **Anda** tidak ingin ini terjadi, silahkan centang kotak ini ☐.

Anda berhak untuk mengakses dan mengoreksi informasi yang **Kami** miliki tentang **Anda**. Silahkan hubungi **Kami** jika **Anda** ingin menggunakan salah satu dari hak ini. Beberapa informasi yang **Kami** kumpulkan tentang **Anda** dapat diklasifikasikan sebagai "Sensitif" – yaitu informasi tentang asal-usul ras atau etnis dan kesehatan fisik atau jiwa. Undang-undang perlindungan data memberlakukan ketentuan khusus sehubungan dengan informasi rahasia, termasuk, dalam beberapa keadaan, pentingnya mendapatkan persetujuan eksplisit **Anda** sebelum **Kami** memproses informasi.

Dengan menandatangani Formulir permohonan ini **Anda** menyetujui atas pemrosesan dan transfer informasi (termasuk informasi sensitif) yang dijelaskan dalam pemberitahuan ini. Tanpa persetujuan ini **Kami** tidak dapat mempertimbangkan permohonan **Anda**.

Signature (Insured/main applicant):
Tanda tangan (Tertanggung / pemohon utama):

Date (dd/mm/yyyy):
Tanggal (tgl/bln/thn):

/ /