PT Asuransi Allianz Life Indonesia

Allianz

No. ONC

FORMULIR PERMOHONAN PERUBAHAN POLIS – NON FINANCIAL

Saya/Kami yang bertanda tangan di bawah ini: *(harap diisi dengan huruf kapital)*

Nomor Polis : _____

Nama Pemegang Polis : _____

Alamat pada identitas : _____

_____

Kota : _____ Kode Pos : _____

Propinsi : _____ Negara : _____

Negara tempat tinggal untuk keperluan pajak : _____ Kewarganegaraan : _____

Nama Tertanggung : _____

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

Jika ya, mohon tuliskan perubahannya : _____

_____

Kota : _____ Kode Pos : _____

Propinsi : _____ Negara : _____

Telepon (R) : _____ Telepon (K) : _____

Handphone : _____

Perubahan ini merupakan alamat : ☐ korespondensi ☐ rumah ☐ kantor

Catatan :

- *Apabila Pemegang Polis/Pemilik Rekening adalah berwarganegara Amerika Serikat atau terkait dengan Amerika Serikat, maka diwajibkan untuk mengisi bagian "DATA FATCA-INDIVIDU" pada formulir ini*
- *Apabila Pemegang Polis/Pemilik Rekening adalah perusahaan(institusi), maka diwajibkan untuk mengisi formulir "FATCA-PERUSAHAAN(INSTITUSI)' terpisah*

Dokumen Terlampir :

1. ☐ Fotokopi kartu Identitas Pemegang Polis (wajib)
2. ☐ Fotokopi Akte Kelahiran/ Akte Ganti Nama/(Pasport)
3. ☐ Fotokopi Kartu Keluarga
4. ☐ Surat Kuasa Pembayaran Premi Asuransi melalui kartu (kredit)
5. ☐ Surat Kuasa Pendebetan Rekening Pembayaran Premi (Asuransi)
6. ☐ Lainnya, (jelaskan)_____

A. JENIS PERUBAHAN (Isi dan beri tanda ✓, sesuai dengan perubahan yang diinginkan)

☐ Revisi Data Tertanggung

Nama Tertanggung* : _____

Identitas diri : ☐ KTP ☐ SIM ☐ Passport ☐ KIMS ☐ KITAS

No. _____

Pekerjaan : _____

Tanggal Lahir : _____

*) *Lampirkan dengan fotokopi Akte Kelahiran/ Akte Ganti Nama/ Paspor.*

☐ Revisi Data Pemegang Polis

Nama Pemegang Polis* : _____

Identitas diri : ☐ KTP ☐ SIM ☐ Passport ☐ KIMS ☐ KITAS

No. _____

Pekerjaan : _____

Tanggal Lahir : _____

*) *Lampirkan dengan fotokopi Akte Kelahiran/ Akte Ganti Nama/ Paspor.*

☐ Perubahan Pemegang Polis

Nama Pemegang Polis Baru** : _____

Identitas diri : ☐ KTP ☐ SIM ☐ Passport ☐ KIMS ☐ KITAS

No. _____

Pekerjaan : _____

Tanggal Lahir : _____

Hubungan dengan Tertanggung*** : _____

**) *Lampirkan dengan fotokopi kartu keluarga*

***) *Hubungan dengan Tertanggung harus merupakan hubungan financial yang diakui secara hukum (Insurable Interest)*

☐ Perubahan Data Termaslahat (*Ahli Waris*)

Nama Lengkap	L/W	Tanggal Lahir	Hubungan dengan Tertanggung	% Maslahat

L = Laki-laki, W = Wanita

☐ Permintaan Duplikat Polis

Alasan : ( ) Hilang (lampirkan Surat Keterangan dari Kepolisian dan bukti pembayaran biaya duplikat Polis) ( ) Rusak (lampirkan Polis yang rusak dan Bukti pembayaran biaya duplikat Polis)

No. ONC

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

***) Harap mengisi Surat Kuasa Pendebetan Rekening Pembayaran Premi Asuransi*
****) Harap mengisi Surat Kuasa Pembayaran Premi Asuransi melalui Kartu Kredit)*

☐ Lain-lain (jelaskan) _____

B. DATA FATCA - INDIVIDU

Allianz Group telah menyatakan tunduk pada ketentuan FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act). FATCA bertujuan untuk meningkatkan kepatuhan pajak dari penduduk atau orang yang berkaitan dengan Amerika Serikat yang berdomisili, memiliki asset atau berpenghasilan di luar Amerika.

Apabila Pemegang Polis adalah berwarganegara Amerika Serikat atau terkait dengan Amerika Serikat, maka diwajibkan untuk mengisi hal berikut secara lengkap:

Catatan : Isilah dengan memberi tanda ✓pada kotak jawaban yang sesuai

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah negara penerbit identitas Anda adalah Amerika Serikat?		
2	Jenis identitas yang digunakan berlaku sampai dengan	tgl ☐☐ bln ☐☐ thn ☐☐	
3	Apakah Anda lahir di Negara Amerika Serikat/Puerto Rico/American Samoa/ United States Minor Outlying Islands/Kepulauan Virgin/Guam/Kepulauan Mariana Utara?		

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

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
4	Apakah Anda memiliki ijin tinggal di Amerika Serikat (*US green card*)?		
5	Apakah Anda merupakan penduduk tetap berstatus asing di Amerika Serikat?		
6	Apakah Anda membayar pajak ke Amerika Serikat?		

Jika terdapat jawaban "Ya" pada salah satu dari ketiga pertanyaan di atas, mohon memberikan informasi No. U.S. TIN atau No U.S. Social Security Anda: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ dan 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 PEMEGANG POLIS

Dengan ini Saya/Kami menyatakan bahwa semua pertanyaan dan jawaban di atas adalah lengkap dan benar sesuai dengan keadaan terakhir Saya/Kami yang sebenarnya. Saya/Kami mengerti bahwa permohonan ini tidak akan berlaku sebelum diterima dan diproses sesuai dengan ketentuan yang berlaku pada Penanggung.

Bersama ini Saya/Kami memberi kuasa kepada Allianz untuk mengungkapkan informasi pribadi Saya/Perusahaan(institusi) dalam hal menanggapi perintah pengadilan atau proses hukum atau permintaan dari pihak regulator atau berwenang dari jurisdiksi manapun atau untuk melindungi terhadap penipuan atau aktifitas illegal lainnya atau untuk tujuan manajemen risiko atau untuk memungkinkan Allianz 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 ("Kebutuhan Terkait").

Saya/Kami juga bersedia untuk memberikan informasi/dokumen yang diperlukan guna memenuhi Kebutuhan Terkait ("Informasi Terkait") dan dengan segera mengkinikan Allianz jika ada perubahan atas Informasi Terkait.

Dibuat dan ditandatangani di_____ Tanggal _____

_____	_____	_____
Pemegang Polis	Tertanggung (hanya jika Ada revisi data Tertanggung)	Pemegang Polis Lama (hanya Jika ada perubahan Pemegang Polis)

Data Agen	Diverifikasi oleh : ☐ Agency ☐ CCC ☐ Pusat
Nama Agen : _____	Nama : _____
No. Agen : _____	Tanggal : _____
Nama Leader : _____	Telepon : _____
Nomor telepon yang bisa dihubungi :	
Kantor : _____	
Handphone : _____	
Tanda Tangan	Tanda Tangan
_____ (Nama Jelas)	_____ (Nama Jelas)

Catatan diisi oleh Kantor Pusat

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____