No. ONC

FORMULIR PERMOHONAN PERUBAHAN POLIS - NON FINANCIAL

Formulir ini khusus digunakan untuk Produk Unit Link

Saya/Kami yang bertandatangan di bawah ini : (harap diisi dengan huruf kapital)

Nomor Polis : _____

Nama Pemegang Polis : _____

Tempat/tanggal lahir : _____ Negara tempat lahir : _____

Jenis identita : ☐ KTP ☐ SIM ☐ Passport ☐ KIMS ☐ KITAS

No identitas : _____

Tanggal berakhirnya identitas : _____ / _____ / _____
tgl **bln** **tahun**

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

Dokumen terlampir :

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

Catatan:

- *Apabila Pemegang Polis / Pemilik Rekening adalah Individu, maka diwajibkan untuk mengisi bagian "DATA PERTUKARAN INFORMASI ANTAR NEGARA-INDIVIDU" pada formulir ini*
- *Apabila Pemegang Polis / Pemilik Rekening adalah perusahaan, maka diwajibkan untuk mengisi "FORMULIR DATA PERTUKARAN INFORMASI ANTAR NEGARA-PERUSAHAAN(INSTITUSI)" pada formulir terpisah*

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

☐ Revisi Data Tertanggung

Nama Tertanggung*) : _____

No identitas : _____

Jenis identitas : ☐ KTP ☐ SIM ☐ Passport ☐ KIMS ☐ KITAS

Pekerjaan : _____

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

☐ Revisi Data Pemegang Polis

Nama Pemegang Polis*) : _____

No identitas : _____

Jenis identitas : ☐ KTP ☐ SIM ☐ Passport ☐ KIMS ☐ KITAS

Pekerjaan : _____

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

☐ Revisi Data Pembayar Premi

Nama Pembayar Premi*) : _____

No identitas : _____

Jenis identitas : ☐ KTP ☐ SIM ☐ Passport ☐ KIMS ☐ KITAS

Pekerjaan : _____

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

No. ONC

☐ Revisi Data Beneficial Owner

Nama Beneficial Owner*) : _____

No identitas : _____

Jenis identitas : ☐ KTP ☐ SIM ☐ Passport ☐ KIMS ☐ KITAS

Pekerjaan : _____

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

☐ Perubahan Pemegang Polis

Nama Pemegang Polis Baru**) : _____

No identitas: _____

Jenis identitas : ☐ KTP ☐ SIM ☐ Passport ☐ KIMS ☐ KITAS

Pekerjaan : _____

Tanggal Lahir : ____ / ____ / _____
tgl bln tahun

Hubungan dengan Tertanggung***) : _____

**) Lampirkan dengan fotokopi Kartu Keluarga*

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

☐ Perubahan Pembayar Premi

Nama Pembayar Premi Baru**) : _____

No identitas : _____

Jenis identitas : ☐ KTP ☐ SIM ☐ Passport ☐ KIMS ☐ KITAS

Pekerjaan _____

Tanggal Lahir : ____ / ____ / _____
tgl bln tahun

Hubungan dengan Pemegang Polis***) : _____

**) Lampirkan dengan fotokopi Kartu Keluarga & fotokopi kartu identitas Pembayar Premi*

***)Hubungan dengan Pemegang Polis harus merupakan hubungan finansial yang diakui secara hukum (Insurable Interest)*

☐ Perubahan Beneficial Owner

Nama Beneficial Owner Baru**) : _____

No identitas : _____

Jenis identitas : ☐ KTP ☐ SIM ☐ Passport ☐ KIMS ☐ KITAS

Pekerjaan _____

Tanggal Lahir : ____ / ____ / _____
tgl bln tahun

Pekerjaan : _____

Hubungan dengan Pemegang Polis***) : _____

**) Lampirkan dengan fotokopi Kartu Keluarga*

***)Hubungan dengan Pemegang Polis harus merupakan hubungan finansial yang diakui secara hukum (Insurable Interest)*

☐ Perubahan Data Penerima Manfaat (Termaslahat)

No.	Nama Lengkap	L/W	Tanggal Lahir	Hubungan dengan Tertanggung	% Maslahat
			____ / ____ / _____ tgl bln tahun		
			____ / ____ / _____ tgl bln tahun		
			____ / ____ / _____ tgl bln tahun		
			____ / ____ / _____ tgl bln tahun		
			____ / ____ / _____ tgl bln tahun		

L = Laki - laki ; W = Wanita

☐ 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*

☐ Cuti Premi

Periode Cuti Premi sejak tanggal ___ /___ / _____ (tgl/bln/thn) sampai tanggal ___ /___ / _____ (tgl/bln/thn).

PENTING:

a. Selama periode Cuti Premi, Anda akan dikenakan biaya bulanan (termasuk namun tidak terbatas pada Biaya/Iuran Asuransi, Biaya/Ujrah Administrasi, Biaya Cuti Premi (jika ada)) sesuai ketentuan Polis. Ketidakcukupan nilai investasi pada Polis untuk membayar biaya bulanan selama periode Cuti Premi dapat mengakibatkan Polis berakhir (*lapse*).
b. Fasilitas Cuti Premi akan berakhir secara otomatis jika Anda melakukan pembayaran Premi dalam periode Cuti Premi.
c. Sehubungan dengan pengajuan Cuti Premi, Anda perlu memperhatikan fitur/fasilitas tertentu (misalnya: Fasilitas Pembayaran Premi Otomatis dan fasilitas lainnya) yang diatur pada ketentuan Polis Anda.
d. Untuk Polis yang memiliki Fasilitas Polis Tetap Berlaku, apabila Anda melakukan Cuti Premi 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. Propinsi : _____
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 Alasan	Penjelasan
A	Negara Mitra/Yurisdiksi Mitra tidak mengeluarkan TIN kepada penduduknya
B	Pemegang polis 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 kelengkengkapan TIN

Jika formulir ini tidak mencukupi, dapat dibuat salinan/fotocopy untuk diisi

No. ONC

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

PERTANYAAN	YA	TIDAK
10. Apakah negara penerbit identitas Anda adalah Amerika Serikat?	☐	☐
11. 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 dari pertanyaan 10 - 11 di atas, mohon menjawab pertanyaan berikut:

PERTANYAAN	YA	TIDAK
12. Apakah Anda memiliki ijin tinggal di Amerika Serikat (US green card)?	☐	☐
13. Apakah Anda merupakan penduduk tetap berstatus asing di Amerika Serikat?	☐	☐
14. Apakah Anda pembayar pajak ke Amerika Serikat?	☐	☐

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 PEMEGANG POLIS

Dengan ini Saya/Kami menyatakan bahwa semua keterangan yang diberikan di dalam formulir ini adalah benar dan tidak ada keterangan-keterangan dan hal-hal lain yang Saya/Kami sembunyikan, serta Saya/Kami sendiri yang menandatangani formulir ini.

Saya/Kami mengerti bahwa permohonan ini tidak akan berlaku sebelum diterima dan diproses sesuai dengan keterangan yang berlaku pada PT Asuransi Allianz Life Indonesia ("*Penanggung*").

Bersama ini pula, Saya/Kami menyetujui dan memberikan kuasa kepada Allianz untuk mengungkapkan dan menyerahkan informasi pribadi dan perpajakan Saya/Kami dalam hal menanggapi perintah pengadilan atau proses hukum atau permintaan dari pihak regulator atau berwenang dari negara mitra/yurisdiksi mitra atau untuk melindungi terhadap penipuan atau aktifitas ilegal 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 tapi tidak terbatas pada peraturan tentang FATCA & CRS ("Kebutuhan Pelaporan Pertukaran Informasi Antar Negara").

Saya/Kami juga bersedia untuk memberikan informasi/dokumen yang diperlukan guna memenuhi Kebutuhan Pelaporan Pertukaran Informasi Antar Negara dan dengan segera mengkinikan Allianz jika ada perubahan atas data yang dicantumkan di dalam formulir ini.

Saya/Kami mengerti bahwa untuk mempelajari lebih lanjut tentang bagaimana Allianz melindungi data pribadi dan hak-hak saya/kami dengan mengklik tautan berikut: http://www.allianz.co.id/data-privasi/prinsip-privasi.

Dibuat dan ditandatangani di _____ Tanggal _____ / _____ / _____
tgl *bln* *tahun*

Tanda Tangan Pemegang Polis	Tanda Tangan Tertanggung (hanya jika ada revisi data Tertanggung dan atau Perubahan Data Termaslahat)	Tanda Tangan Pemegang Polis Lama (hanya jika ada Perubahan Pemegang Polis)
_____	_____	_____
(Nama Jelas)	(Nama Jelas)	(Nama Jelas)

Data Agen	Diverifikasi oleh: ☐ Agency ☐ CCC ☐ Pusat
Nama Agen : _____	Nama : _____
Nama Leader : _____	Tanggal : _____
Nomor telepon yang bisa dihubungi	Telepon : _____
Kantor : _____	
Handphone : _____	
Tanda Tangan	Tanda Tangan
_____	_____
(Nama Jelas)	(Nama Jelas)

Catatan diisi oleh Kantor Pusat

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