

Petunjuk pengisian formulir:

- Formulir ini wajib diisi dengan huruf CETAK dan LENGKAP
- Satu formulir hanya berlaku untuk satu nomor polis
- 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 Pemegang Polis sebelum menandatangani.
- Untuk mempercepat proses pengajuan Anda, harap melengkapi seluruh persyaratan yang tertera pada Formulir ini
- Formulir ini hanya berlaku untuk Polis Individu untuk Nasabah Asuransi Jiwa dan Asuransi Kesehatan
- Email permintaan permohonan dokumen terkait Polis Individu Asuransi Jiwa dan Asuransi Kesehatan ditujukan ke CC.Helpdesk@allianz.co.id

Saya/kami yang bertandatangan di bawah ini:

Nomor Polis	
Nama Pemegang Polis	
Nama Tertanggung	
Nomor Ponsel (HP)*	
E-mail*	

*) Harus yang terdaftar di Allianz.

A. Jenis Permintaan Dokumen (isi dan beri tanda ✓ sesuai dengan permintaan yang diajukan)

- ☐ Duplikat Ikhtisar Polis/*Policy Summary*
- ☐ Duplikat Buku Polis/*Policy Book*
- ☐ Cetak ulang kartu Asuransi Kesehatan (hanya berlaku untuk Nasabah Individu Asuransi Kesehatan)
- ☐ Cetak ulang surat konfirmasi perubahan polis atau catatan polis (*endorsement*), yang diproses tanggal / /
- ☐ Cetak ulang Surat Pemberitahuan Penerimaan Dana (SPD) Polis Tradisional
- ☐ Cetak ulang atau pengiriman ulang Pernyataan Transaksi | Periode
- ☐ Permintaan salinan hasil pemeriksaan kesehatan (MCU)

B. Alasan Permintaan

- ☐ Tidak Terima
- ☐ Hilang
- ☐ Rusak
- ☐ Bencana Alam
- ☐ Lain-lain

C. Metode Pengiriman

- ☐ Alamat korespondensi Pemegang Polis yang terdaftar di Allianz
- ☐ E-mail Pemegang Polis**
- ☐ Kantor Agency (khusus untuk Duplikat Buku Polis)

**) Hanya berlaku untuk dokumen yang dapat disediakan dalam bentuk digital (Pernyataan Transaksi, Salinan hasil pemeriksaan kesehatan (MCU), Surat Pemberitahuan Penerimaan Dana (SPD) Polis Tradisional).

PERSYARATAN & KETENTUAN

- Formulir Permohonan Dokumen Terkait Polis ("Formulir") ini hanya digunakan untuk permohonan permintaan dokumen sebagaimana yang dipilih oleh Pemegang Polis.
- Persyaratan dokumen yang harus diserahkan kepada PT Asuransi Allianz Life Indonesia ("Allianz"):
 - Formulir asli yang telah diisi secara lengkap dan jelas, serta ditandatangani oleh Pemegang Polis.
 - Fotokopi identitas diri Kartu Tanda Penduduk ("KTP") Pemegang Polis yang masih berlaku dan dokumen lainnya sebagaimana dipersyaratkan pada poin 3.
- Khusus untuk permohonan Duplikat Ikhtisar Polis, Duplikat Buku Polis, cetak ulang Kartu Asuransi Kesehatan, dan/atau perbaikan data di Buku Polis, wajib melampirkan dokumen pendukung dan dikenakan biaya sebagai berikut:

Permohonan	Dokumen Pendukung dan Biaya
Duplikat Ikhtisar Polis/Duplikat Buku Polis	- Permohonan ini dikenakan biaya Rp100.000,- (seratus ribu Rupiah). Metode pembayaran dapat dilihat pada: - Situs www.allianz.co.id/carabayarpremi - Pilih menu pembayaran yang diinginkan, dan ikuti langkah metode pembayaran yang dipilih. - Dokumen Pendukung: - Surat keterangan kehilangan dari kantor Kepolisian setempat. - Bukti pembayaran biaya
Cetak Ulang Kartu Asuransi Kesehatan	- Biaya Rp10.000,- (sepuluh ribu Rupiah). - Biaya dapat ditransfer ke rekening BCA 7140303130 atas nama PT Asuransi Allianz Life Indonesia. - Dokumen Pendukung: Bukti pembayaran biaya

- Permohonan hanya dapat diproses apabila Formulir asli telah diisi dengan benar dan lengkap, ditandatangani, serta seluruh dokumen yang dipersyaratkan telah diterima secara benar dan lengkap oleh Allianz.
- Alamat korespondensi Pemegang Polis yang digunakan sebagai alamat pengiriman wajib merupakan alamat yang terdaftar pada Allianz.
- Data yang tercantum dalam Formulir ini dan dokumen yang disampaikan kepada Allianz akan digunakan untuk memproses permohonan Pemegang Polis.
- Jika diperlukan, Allianz berhak untuk meminta dokumen dan/atau informasi tambahan.
- Apabila informasi yang tercantum tidak lengkap, maka Allianz berhak untuk tidak melanjutkan proses permohonan pada Formulir ini sampai Pemegang Polis melengkapi seluruh informasi.

PERSYARATAN & JAMINAN

Dengan ini Saya/Kami selaku Pemegang Polis (untuk selanjutnya disebut sebagai "Saya") menyatakan dan menjamin bahwa:

- Semua keterangan yang diberikan di dalam Formulir ini adalah benar dan tidak ada keterangan/informasi dan hal-hal lain yang Saya sembunyikan, serta Saya sendiri yang menandatangani Formulir ini.
- Saya telah membaca, memahami dan menyetujui seluruh Persyaratan dan Ketentuan dari Permohonan Dokumen Terkait Polis yang tercantum pada Formulir ini.
- 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.
- 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.
- 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. Untuk permohonan pengajuan duplikat Buku Polis atau duplikat Ikhtisar Polis, dengan diterbitkannya duplikat Buku Polis atau duplikat Ikhtisar Polis maka dokumen Buku Polis asli atau dokumen Ikhtisar Polis asli yang diterbitkan oleh Allianz atas nama Saya dengan nomor tersebut diatas dibatalkan dan dinyatakan tidak berlaku.
7. Saya dengan ini memberi kuasa, tanpa syarat dan yang tidak dapat dicabut kembali, kepada Allianz untuk:
 - a. Mengungkapkan informasi pribadi Saya kepada perusahaan eksternal dan/atau pihak ketiga lainnya yang telah diperiksa oleh Allianz melalui proses penyaringan identifikasi sehubungan dengan penyediaan jasa untuk menunjang kegiatan usaha/bisnis dan/atau operasional Allianz;
 - b. Mengungkapkan informasi pribadi Saya untuk berbagi data dengan perusahaan induk Allianz, afiliasi, anak perusahaan, agen dan perwakilannya, usaha patungan, mitra strategis, asosiasi asuransi dan pihak-pihak yang berkepentingan lainnya sehubungan dengan kegiatan usaha/bisnis dan/atau operasional Allianz serta untuk tujuan pelayanan nasabah asuransi, pengurusan klaim asuransi dan/atau proses lainnya yang terkait dengan asuransi, termasuk investigasi klaim asuransi; dan
 - c. Mengungkapkan informasi pribadi Saya untuk 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"). Saya juga bersedia untuk memberikan informasi/dokumen yang diperlukan guna memenuhi kebutuhan terkait ("Informasi Terkait") dan dengan segera menyampaikan pengkinian data kepada Allianz jika ada perubahan atas Informasi Terkait tersebut.
8. 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>
9. Saya juga bersedia untuk memberikan informasi/dokumen yang diperlukan guna memenuhi Kebutuhan Pelaporan Pertukaran Informasi Antar Negara dan dengan segera melakukan pengkinian data kepada Allianz jika ada perubahan atas data yang dicantumkan di dalam Formulir ini.
10. Apabila pembayaran yang dilakukan terdapat indikasi mencurigakan sebagaimana yang tercantum pada UU Pencegahan dan Pemberantasan Tindak Pidana Pencucian Uang & Pendanaan Terorisme, maka Penanggung 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 keputusan untuk melanjutkan transaksi yang tercantum pada Formulir ini.

Dibuat dan ditandatangani di

Tanggal / /

Tanda tangan Pemegang Polis

Nama:

Data yang tertera didalam Formulir ini merupakan milik PT Asuransi Allianz Life Indonesia, seluruh Karyawan dan Tenaga Pemasar diwajibkan menjaga keamanan data dan tidak diperkenankan untuk melakukan publikasi maupun penyebaran data diluar sepengetahuan dan izin dari PT Asuransi Allianz Life Indonesia. Jika Formulir ini diketahui terceder maupun tidak tersimpan dalam kondisi aman, mohon untuk dapat memberitahukan ke AllianzCare 1500136 atau melalui email ke contactus@allianz.co.id