

FORMULIR PERMOHONAN PERUBAHAN POLIS - FINANCIAL

Petunjuk Pengisian Formulir:

- Formulir ini **wajib** diisi dengan huruf CETAK dan LENGKAP
- Satu formulir hanya berlaku untuk satu nomor polis pada PT Asuransi Allianz Life Indonesia ("Allianz")
- Mohon untuk 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 sebelum menandatangani
- Untuk Mempercepat proses pengajuan Anda, harap melengkapi seluruh persyaratan yang tertera pada Formulir ini

Saya/Kami yang bertandatangan di bawah ini :

Nomor Polis : _____

Nama Pemegang Polis : _____

Tempat/tanggal lahir : _____ Negara tempat lahir : _____

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

Nomor Identitas : _____

Alamat pada identitas : _____

Kota : _____ Kode Pos : _____

Provinsi : _____ Negara : _____

Negara tempat tinggal : _____ Kewarganegaraan : _____
untuk keperluan pajak

Nama Tertanggung : _____

Nama Pembayar Premi : _____

Tempat/tanggal lahir : _____ Negara tempat lahir : _____

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

Nomor Identitas : _____

Alamat pada identitas : _____

Kota : _____ Kode Pos : _____

Provinsi : _____ Negara : _____

Negara tempat tinggal : _____ Kewarganegaraan : _____
untuk keperluan pajak

Nama Pasangan Pembayar Premi : _____

Tempat/tanggal lahir : _____ Negara tempat lahir : _____

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

Nomor Identitas : _____

Alamat pada identitas : _____

Kota : _____ Kode Pos : _____

Provinsi : _____ Negara : _____

Negara tempat tinggal : _____ Kewarganegaraan : _____
untuk keperluan pajak

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

Jika ya, mohon tuliskan perubahannya : _____

Kota : _____ Kode Pos : _____

Provinsi : _____ Negara : _____

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

Handphone : _____ Email : _____

Perubahan ini merupakan alamat : ☐Korespondensi ☐Rumah ☐Kantor

Dokumen terlampir : 1. ☐ Fotokopi kartu identitas Pemegang Polis 3. ☐ Kuesioner Covid-19

2. ☐ SPAT (Surat Permintaan Asuransi Tambahan) 4. ☐ Lainnya, jelaskan _____

Catatan:

- Apabila Pemegang Polis / Pemilik Rekening adalah warga negara / wajib pajak di luar negeri selain Indonesia yang merupakan Negara Mitra / Yurisdiksi Mitra, 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.
- Apabila Pemegang Polis bukan merupakan Pembayar Premi dan/atau Pasangan Pembayar maka wajib mengisi data pada bagian Pembayar Premi dan/atau Pasangan Pembayar Premi.

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

☐ Perubahan Uang Pertanggungan☐ Perubahan Premi☐ Perubahan Pertanggungan Tambahan

Jenis Pertanggungan	Usia Pertanggungan	Uang Pertanggungan/Plan Baru	Premi Baru
Asuransi/Pertanggungan Dasar			
Asuransi/Pertanggungan Tambahan (Rider)			
Premi Top Up Berkala			
ADDB			
Medical Assistance			
Smartmed Cancer			
TPD			
TPD (Accelerated)			
Critical Illness (Accelerated)			
Critical Illness Plus			
CI100			
Term Life			
Flexicare			
Flexi CI : ☐ Silver, ☐ Gold, ☐ Platinum			
		☐ Gender Specific, ☐ Continous Cancer, ☐ Power Reset for Early Cancer Plan	
Hospital & Surgical Care Plus		Plan	
Hospital & Surgical Care Premier		Plan	
Hospital & Surgical Care Premier X		Plan	
Hospital & Surgical Care Premier Plus		Plan	
		☐ Booster ☐ Melahirkan ☐ Rawat Jalan ☐ Rawat Gigi ☐ Payor CI77	
Payor (Traditional)		☐ Pertanggungan Dasar ☐ Top Up Berkala	
Payor Benefit		☐ Pertanggungan Dasar ☐ Top Up Berkala	
Payor Protection		☐ Pertanggungan Dasar ☐ Top Up Berkala	
Spouse Payor Benefit		☐ Pertanggungan Dasar ☐ Top Up Berkala	
Spouse Payor Protection		☐ Pertanggungan Dasar ☐ Top Up Berkala	
Lainnya : _____		_____	

Catatan

- Harap lengkapi Surat Permintaan Asuransi Tambahan (SPAT) jika ada kenaikan Uang Pertanggungan Dasar atau Pertanggungan Tambahan dan, atau Penambahan Pertanggungan tambahan.
- Kenaikan Uang Pertanggungan mengacu kepada persyaratan Underwriting.
- Khusus untuk Penambahan Pertanggungan Tambahan Payor Benefit, Payor Protection, Spouse Payor Benefit, Spouse Payor Protection, lampirkan surat nikah dan kartu keluarga.

☐ Perubahan Frekuensi Pembayaran Premi (khusus untuk Polis dengan Pembayaran Premi Berkala), menjadi:

() Bulanan () Triwulanan () Semesteran () Tahunan

Jumlah Premi sekarang (dengan frekuensi pembayaran baru) _____

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 kelengkapan TIN

Jika formulir ini tidak mencukupi, dapat dibuat salinan (copy) untuk diisi

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 (<i>US green card</i>)?	☐	☐
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 selaku Pemegang Polis/Tertanggung/Pembayar Premi dan/atau Pasangan Pembayar Premi (untuk selanjutnya disebut sebagai "Saya") menyatakan dan menjamin bahwa:

1. Semua keterangan yang diberikan di dalam formulir ini adalah benar dan tidak ada keterangan-keterangan dan hal-hal lain yang Saya sembunyikan, serta Saya sendiri yang menandatangani formulir ini.
2. 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.
3. 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.
4. Saya dengan ini memberikan persetujuan dan izin, kepada Allianz untuk:
 - a. menyimpan dan memproses data dan/atau informasi pribadi Saya (termasuk data dan informasi kesehatan serta finansial Saya) dalam rangka dan/atau untuk setiap tujuan berikut ini:
 - (i) proses pengajuan permohonan asuransi;
 - (ii) penerbitan Polis;
 - (iii) penilaian risiko asuransi;
 - (iv) kegiatan operasional Allianz;
 - (v) pengajuan dan penanganan setiap klaim (termasuk namun tidak terbatas pada pemeriksaan dan investigasi klaim);
 - (vi) pembayaran manfaat asuransi/klaim;
 - (vii) keperluan ko-asuransi termasuk penanganan klaim yang timbul atas ko-asuransi;
 - (viii) pelayanan nasabah termasuk penanganan keluhan/komplain;
 - (ix) pembayaran komisi;
 - (x) kerja sama dalam rangka penemuan atau pencegahan penipuan dan kejahatan keuangan;
 - (xi) setiap proses hukum yang melibatkan Allianz dan/atau tenaga pemasarnya;
 - (xii) kepatuhan terhadap perintah pengadilan, hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku; dan/atau
 - (xiii) proses lainnya yang terkait dengan penyelenggaraan kegiatan asuransi.
 - b. Mengungkapkan data dan/atau informasi pribadi Saya (termasuk data dan informasi kesehatan serta finansial Saya) kepada pihak-pihak berikut ini:
 - (i) ahli medis dan/atau pihak ketiga lainnya (termasuk mereka yang memberikan perawatan, pelayanan kesehatan dan/atau layanan lainnya kepada Saya);
 - (ii) setiap perusahaan (termasuk perusahaan penyedia layanan, perusahaan asuransi, dan perusahaan reasuransi), mitra, orang atau pihak ketiga yang ditunjuk dan/atau bekerja sama dengan Allianz;
 - (iii) perusahaan induk Allianz, afiliasi, anak perusahaan, tenaga pemasar dan perwakilannya dan/atau usaha patungan; dan/atau
 - (iv) otoritas, asosiasi asuransi dan/atau badan pemerintah (regulator), dalam rangka dan/atau untuk setiap tujuan sebagaimana yang diuraikan dalam butir 4 (a) di atas.
 - c. Menyimpan serta memproses data dan/atau informasi pribadi Saya (termasuk data dan informasi kesehatan serta finansial Saya) dan mengungkapkan data dan/atau informasi pribadi tersebut 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 pengiklan data kepada Allianz jika ada perubahan atas Informasi Terkait tersebut.
5. 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. Saya mengerti bahwa untuk mempelajari lebih lanjut tentang bagaimana Allianz melindungi data pribadi dan hak-hak saya dengan mengklik tautan berikut: <https://www.allianz.co.id/kebijakan-privasi.html>.
7. 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.
8. 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 Terroris, Organisasi Terroris dan Proliferasi Senjata Pemusnah Massal; dan/atau (4) kondisi lainnya sebagaimana diatur pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.
9. Untuk Perubahan kenaikan risiko dapat menyebabkan kenaikan Biaya Asuransi, Biaya Administrasi dan biaya-biaya lainnya (jika ada) sehingga dapat menyebabkan Polis menjadi berakhir/lapsed.
10. Dengan menandatangani Formulir ini, maka Saya mengkonfirmasi keputusan untuk melanjutkan transaksi yang tercantum pada Formulir ini.

D. PEMAHAMAN DAN PERSETUJUAN MASA TUNGGU/PERIODE ELIMINASI
Hanya untuk polis yang berlaku efektif sejak tanggal 14 Maret 2022

[Diisi dan ditandatangani jika Pertanggungan Tambahan (Rider) yang dipilih memiliki masa tunggu/periode eliminasi]

Saya selaku Pemegang Polis/Tertanggung/Pembayar Premi dan/atau Pasangan Pembayar Premi mengerti, menyatakan dan menyetujui bahwa:

- (i) Saya sebagai Pemegang Polis, (ii) Tertanggung (jika berbeda dengan Pemegang Polis), (iii) Pembayar Premi; dan/atau (iv) Pasangan Pembayar Premi (yang mana yang sesuai dengan pilihan Asuransi/Pertanggungan Tambahan) ("Pihak Terkait") telah memilih untuk tidak menjalani pemeriksaan kesehatan (medical check-up) tipe E atau pemeriksaan kesehatan (medical check-up) tipe A (jika Pihak Terkait berusia kurang dari 18 tahun), dan tidak memenuhi syarat lainnya, sesuai dengan ketentuan underwriting yang berlaku di Allianz;
- Asuransi/Pertanggungan Tambahan (Rider) yang Saya pilih memiliki ketentuan periode eliminasi dan/atau masa tunggu (yang mana yang sesuai). Dengan adanya ketentuan periode eliminasi dan/atau masa tunggu tersebut, Saya dan Pihak Terkait memahami dan menyetujui bahwa Allianz tidak akan membayarkan setiap klaim yang terjadi selama periode eliminasi dan/atau masa tunggu tersebut (yang mana yang sesuai), sebagaimana yang akan diatur lebih lanjut dalam Polis (dan syarat dan ketentuan pertanggungan/tambahan (rider)); dan
- Saya dan Pihak Terkait mengerti dan memahami ketentuan periode eliminasi dan/atau masa tunggu (yang mana yang sesuai) tersebut dan segala konsekuensinya.

Dibuat dan ditandatangani di _____ (tanggal pengajuan (tanggal/bulan/tahun)____/____/____)

Tanda Tangan
Pembayar Premi

Tanda Tangan
Pasangan Pembayar Premi

Tanda Tangan
Tertanggung

Tanda Tangan
Pemegang Polis

(Nama Jelas)

(Nama Jelas)

(Nama Jelas)

(Nama Jelas)

Data Tenaga Pemasar Nama Tenaga Pemasar : _____ Nomor Tenaga Pemasar : _____ Nama Leader : _____ Nomor telepon yang bisa dihubungi : _____ Kantor : _____ Handphone : _____ Tanda Tangan _____ (Nama Jelas)	Diverifikasi oleh : ☐ Agency ☐ Allianz Center Nama : _____ Tanggal : _____ Telepon : _____ Tanda Tangan _____ (Nama Jelas)
Catatan diisi oleh Kantor Pusat 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____	