

FORMULIR PERMOHONAN PEMBAYARAN MANFAAT POLIS

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 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 KTP seumur hidup
 Nomor Identitas : _____
 Alamat pada Identitas : _____
 Kota : _____ Kode Pos : _____
 Provinsi : _____ Negara : _____
 Negara tempat tinggal : _____ Kewarganegaraan : _____
 untuk keperluan Pajak

Nama Tertanggung : _____

Apakah ada perubahan alamat, : Ya Tidak

Email atau nomor telepon di Polis
 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 Akte Kematian Pemegang Polis jika Pemegang Polis telah meninggal dunia
 2. Fotokopi kartu identitas Pemegang Polis / Penerima Manfaat (Termaslahat) jika Pemegang Polis telah meninggal dunia
 3. Surat Ahli Waris yang sah menurut hukum dari Penerima Manfaat (Termaslahat) yang jika Penerima Manfaat (Termaslahat) telah meninggal dunia
 4. Lainnya, jelaskan _____

Dengan ini mengajukan permohonan instruksi Pembayaran*):

Manfaat Tahapan Polis (*Anticipated Endowment*) Manfaat Habis Kontrak (*Maturity*)

*) Tentukan salah satu dengan memberi tanda pada kotak yang tersedia

Seluruh pembayaran dana Manfaat Tahapan Polis/Manfaat habis Kontrak ditransfer ke rekening berikut:

Nama Pemilik Rekening**) : _____
 No. Rekening : _____
 Nama Bank : _____
 Cabang : _____
 Mata Uang Rekening : Rupiah US Dollar

**) Sesuai ketentuan yang tercantum di halaman Persyaratan dan Ketentuan

Catatan:

- Khusus untuk Manfaat Tahapan, jika Pemegang Polis telah meninggal dunia, mohon isi dengan nama Penerima Manfaat (Termaslahat)
- 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.

A. 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. Provinsi : _____
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 Negara	Penjelasan
A	Negara Mitra/Yurisdiksi Mitra tidak mengeluarkan TIN kepada penduduknya
B	Pemegang Polis/Pemilik Rekening 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Apakah Anda lahir di Negara Amerika Serikat/Puerto Rico/American Samoa/United States Minor Outlying Islands/Kepulauan Virgin/Guam/Kepulauan Mariana Utara?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 <i>green card</i>)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Apakah Anda merupakan penduduk tetap berstatus asing di Amerika Serikat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Apakah Anda pembayar pajak ke Amerika Serikat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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)

B. PERSYARATAN DAN KETENTUAN

1. Formulir Permohonan Pembayaran Manfaat Polis ("**Formulir**") ini hanya digunakan untuk pengajuan pembayaran Manfaat Tahapan Polis atau Manfaat Habis Kontrak (*Maturity*) (secara bersama-sama disebut sebagai "**Manfaat Polis**").
2. Persyaratan/Dokumen yang harus diserahkan ke PT Asuransi Allianz Life Indonesia ("**Allianz**"):
 - a. Formulir Permohonan Pembayaran Manfaat Polis ("**Formulir**") asli yang telah diisi lengkap dan jelas.
 - b. Fotokopi kartu identitas diri Pemegang Polis yang masih berlaku.
 - c. Fotokopi buku rekening bank Pemegang Polis di mana pembayaran Manfaat Polis akan dilakukan.
 - d. Buku Polis asli untuk permohonan pembayaran Manfaat Habis Kontrak (*Maturity*).
 - e. Dokumen pendukung lainnya (apabila diminta oleh Allianz).
3. Transaksi hanya dapat diproses apabila Formulir asli telah diisi dengan benar dan lengkap serta seluruh dokumen yang dipersyaratkan telah diterima secara benar dan lengkap oleh Allianz.
4. Tanggal Formulir ditandatangani sampai dengan tanggal Formulir diterima oleh Allianz tidak boleh lebih dari 30 hari kalender. Apabila tanggal Formulir ditandatangani lebih dari 30 hari kalender, maka permohonan pembayaran Manfaat Polis tidak dapat diproses dan Pemegang Polis dapat mengajukan ulang Formulir baru beserta kelengkapan dokumen pendukung.
5. Dana pembayaran Manfaat Polis hanya dapat ditujukan ke rekening bank atas nama Pemegang Polis. Nama dan data rekening harus lengkap dan sama dengan yang tertera pada bank. Apabila ada perbedaan nama antara data Polis dan nama pada rekening bank, maka Pemegang Polis wajib melampirkan surat pernyataan dan dokumen pendukung mengenai perbedaan penulisan nama tersebut atau mengajukan perubahan/koreksi nama (jika diperlukan)
6. Permohonan pembayaran Manfaat Tahapan hanya akan diproses setelah Tanggal Jatuh Tempo Manfaat Tahapan.
7. Apabila pada saat pengajuan pembayaran Manfaat Habis Kontrak (*Maturity*) terdapat Manfaat Tahapan Polis yang belum dibayarkan, pinjaman polis, biaya asuransi atau kewajiban Pemegang Polis lainnya yang belum dipenuhi, maka Pemegang Polis atau Penerima Manfaat (jika Pemegang Polis telah meninggal dunia) akan menerima Manfaat Habis Kontrak (*Maturity*) setelah ditambahkan Manfaat Tahapan Polis yang belum dibayarkan selanjutnya dikurangi sisa pinjaman, biaya asuransi, bunga dan kewajiban-kewajiban lainnya (jika ada).
8. Formulir yang diterima oleh Allianz bersifat final dan akan digunakan sebagai dasar pembayaran Manfaat Polis.

C. PERNYATAAN DAN JAMINAN

Dengan ini Saya / Kami selaku Pemegang Polis ("**Saya**") menyatakan dan menjamin bahwa:

1. Pemegang Polis mengerti, memahami dan menyetujui bahwa Allianz tidak bertanggung jawab atas hal-hal yang diakibatkan oleh kesalahan atau ketidakjelasan Pemegang Polis dalam memberikan informasi pada Formulir ini, adanya kekeliruan berita yang diterima dan/atau kesalahan bank dalam memproses pembayaran dana Manfaat Polis termasuk namun tidak terbatas pada (i) tidak tepatnya pembayaran dana; (ii) keterlambatan penerimaan dana; dan/atau (iii) dana diterima oleh orang yang tidak berhak.
2. Pemegang Polis 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 pada Allianz.
3. Semua keterangan yang diberikan di dalam Formulir ini (serta surat, formulir dan/atau dokumen lainnya sehubungan dengan Formulir ini) adalah benar dan tidak ada keterangan-keterangan dan hal-hal lain yang Saya sembunyikan, serta Saya sendiri yang menandatangani Formulir ini (serta surat, formulir dan/atau dokumen lainnya sehubungan dengan Formulir ini).
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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) penilaian risiko asuransi;
 - (ii) kegiatan operasional Allianz;
 - (iii) pengajuan dan penanganan setiap klaim (termasuk namun tidak terbatas pada pemeriksaan dan investigasi klaim);
 - (iv) pembayaran manfaat asuransi/klaim;
 - (v) keperluan ko-asuransi termasuk penanganan klaim yang timbul atas ko-asuransi;
 - (vi) pelayanan nasabah termasuk penanganan keluhan/komplain;
 - (vii) pembayaran komisi;
 - (viii) kerja sama dalam rangka penemuan atau pencegahan penipuan dan kejahatan keuangan;
 - (ix) setiap proses hukum yang melibatkan Allianz dan/atau tenaga pemasarnya;
 - (x) kerja sama reasuransi dan/atau retrosesi;
 - (xi) kepatuhan terhadap perintah pengadilan, hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku; dan/atau
 - (xii) 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, agen 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 5 (a).
 - 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 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. 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.
10. 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.
11. Saya mengakui dan menyetujui bahwa Formulir ini dapat ditandatangani dengan tanda tangan elektronik (baik seluruhnya atau sebagian), yang harus dianggap sebagai tanda tangan asli untuk semua tujuan dan yang memiliki kekuatan hukum yang sama dengan tanda tangan asli (basah). Saya mengakui dan menyetujui bahwa, dalam setiap proses hukum dalam setiap hal yang sehubungan dengan Formulir ini dan/atau produk asuransi dan/atau permohonan ini, Saya secara tegas mengesampingkan setiap hak untuk (i) mengajukan pembelaan atau pelepasan tanggung jawab/kewajiban; dan/atau (ii) membatalkan Formulir ini, atas alasan penandatanganan Formulir ini oleh Saya dengan tanda tangan elektronik.
12. Dengan menandatangani Formulir ini, maka Saya mengkonfirmasi keputusan untuk melanjutkan transaksi yang tercantum pada Formulir ini.
13. **Khusus untuk polis asuransi syariah**, jika proses permohonan pembayaran Manfaat Polis belum selesai pada 31 Oktober 2023, maka pada tanggal 1 November 2023, PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia akan mengambil alih proses permohonan pembayaran Manfaat Polis tersebut. Dalam hal ini, semua rujukan pada "PT Asuransi Allianz Life Indonesia" atau "Allianz" dalam Formulir ini dan dokumen pendukungnya akan dianggap merujuk pada "PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia".

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

Tanda Tangan
Pemegang Polis

(Nama Lengkap)

<p>Data Tenaga Pemasar</p> <p>Nama Tenaga Pemasar : _____</p> <p>Nomor telepon/handphone: _____</p> <p>Nama Leader : _____</p> <p>Nomor telepon/handphone: _____</p> <p style="text-align: right;">Tanda Tangan</p> <p style="text-align: right;">_____ (Nama Lengkap)</p>	<p>Diverifikasi oleh : <input type="checkbox"/> Agency <input type="checkbox"/> Allianz Center</p> <p>Nama : _____</p> <p>Tanggal : _____</p> <p>Telepon : _____</p> <p style="text-align: right;">Tanda Tangan</p> <p style="text-align: right;">_____ (Nama Lengkap)</p>								
<p>Catatan diisi oleh Kantor Pusat</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">1. _____</td> <td style="width: 50%; border: none;">5. _____</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">2. _____</td> <td style="border: none;">6. _____</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">3. _____</td> <td style="border: none;">7. _____</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">4. _____</td> <td style="border: none;">8. _____</td> </tr> </table>		1. _____	5. _____	2. _____	6. _____	3. _____	7. _____	4. _____	8. _____
1. _____	5. _____								
2. _____	6. _____								
3. _____	7. _____								
4. _____	8. _____								