

## FORMULIR PERMOHONAN PEMBAYARAN MANFAAT HABIS KONTRAK

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

Nomor Polis : \_\_\_\_\_

Nama Pemegang Polis : \_\_\_\_\_

Tempat/tanggal lahir : \_\_\_\_\_ Negara tempat lahir : \_\_\_\_\_

Jenis identitas : 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

Dengan ini mengajukan permohonan Instruksi pembayaran Manfaat Habis Kontrak :

Nama Pemilik Rekening : \_\_\_\_\_

No. Rekening (Rupiah/USD\*) : \_\_\_\_\_

Nama Bank : \_\_\_\_\_

Cabang : \_\_\_\_\_

\*) Coret yang tidak perlu

**Dokumen terlampir** : 1. Fotokopi kartu identitas Pemegang Polis  
2. Polis Asli  
3. 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

### 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. 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?	<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 green card )?	<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. 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 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

\_\_\_\_\_  
 (Nama Jelas)

Data Agen Nama Agen : _____ Nama Leader : _____ Nomor telepon yang bisa dihubungi Kantor : _____ Handphone : _____ <p style="text-align: center;">Tanda Tangan</p> <p style="text-align: center;">_____                  (Nama Jelas)</p>	Diverifikasi oleh : <input type="checkbox"/> Agency <input type="checkbox"/> CCC <input type="checkbox"/> Pusat Nama : _____ Tanggal : _____ Telepon : _____ <p style="text-align: center;">Tanda Tangan</p> <p style="text-align: center;">_____                  (Nama Jelas)</p>
Catatan diisi oleh Kantor Pusat 1. _____ 5. _____ 2. _____ 6. _____ 3. _____ 7. _____ 4. _____ 8. _____	