

FORMULIR PERMOHONAN PERUBAHAN POLIS - NON 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 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 : _____

Apakah ada perubahan alamat dan : Ya Tidak

Atau nomor telepon di Polis

Jika ya, mohon tuliskan perubahannya : _____

Kota : _____ Kode Pos : _____

Provinsi : _____ Negara : _____

Telepon (Rumah) : _____ Telepon (Kantor) : _____

Hanphone : _____ Email : _____

Perubahan ini merupakan alamat : Korespondensi Rumah Kantor

- Dokumen terlampir :
- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> Fotokopi kartu identitas Pemegang Polis | 4. <input type="checkbox"/> Surat Kuasa Pembayaran Premi Asuransi melalui kartu (kredit) |
| 2. <input type="checkbox"/> Fotokopi Akte Kelahiran/ Akte Ganti Nama/(Passport) | 5. <input type="checkbox"/> Surat Kuasa Pendebetan Rekening Pembayaran Premi (Asuransi) |
| 3. <input type="checkbox"/> Fotokopi Kartu Keluarga | 6. <input type="checkbox"/> Lainnya, jelaskan _____ |

Catatan:

- Apabila 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 Pemilik Rekening adalah perusahaan, maka diwajibkan untuk mengisi "FORMULIR DATA PERTUKARAN INFORMASI ANTAR NEGARA- PERUSAHAAN (INSTITUSI)" ada formulir terpisah

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

Revisi Data Tertanggung

Nama Tertanggung*) : _____
 Nomor identitas : _____
 Jenis Identitas : KTP SIM Passport KIMS KITAS
 Pekerjaan : _____
 Status : Kawin Belum kawin Janda Duda

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

Revisi Data Pemegang Polis

Nama Pemegang Polis*) : _____
 Nomor identitas : _____
 Jenis Identitas : KTP SIM Passport KIMS KITAS
 Pekerjaan : _____
 Status : Kawin Belum kawin Janda Duda

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

Revisi Data Pembayar Premi

Nama Pembayar Premi*) : _____
 Nomor identitas : _____
 Jenis Identitas : KTP SIM Passport KIMS KITAS
 Pekerjaan : _____
 Status : Kawin Belum kawin Janda Duda

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

Revisi Data Beneficial Owner

Nama Beneficial Owner*) : _____
 Nomor identitas : _____
 Jenis Identitas : KTP SIM Passport KIMS KITAS
 Pekerjaan : _____
 Status : Kawin Belum kawin Janda Duda

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

Perubahan Data Pemegang Polis

Nama Pemegang Polis Baru**): _____
 Nomor identitas : _____
 Jenis Identitas : KTP SIM Passport KIMS KITAS
 Pekerjaan : _____
 Tanggal Lahir : (tanggal/bulan/tahun) ____ / ____ / ____
 Hubungan dengan Tertanggung***) : _____

**) Lampirkan dengan fotokopi Kartu Keluarga

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

Perubahan Data Pembayar Premi

Nama Pembayar Premi Baru**): _____
 Nomor identitas : _____
 Jenis Identitas : KTP SIM Passport KIMS KITAS
 Pekerjaan : _____
 Tanggal Lahir : (tanggal/bulan/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 Data Beneficial Owner

Nama Beneficial Owner Baru**) : _____
 Nomor identitas : _____
 Jenis Identitas : KTP SIM Passport KIMS KITAS
 Pekerjaan : _____
 Tanggal Lahir : (tanggal/bulan/tahun) ____ / ____ / ____
 Hubungan dengan Pemegang Polis***) : _____

**) Lampirkan dengan fotokopi Kartu Keluarga & fotokopi kartu identitas Beneficial Owner
 ***) 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 (tanggal/bulan/tahun)	Hubungan dengan Tertanggung	% Maslahat
			____ / ____ / ____		
			____ / ____ / ____		
			____ / ____ / ____		
			____ / ____ / ____		
			____ / ____ / ____		

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 ____ / ____ / ____ (tanggal/bulan/tahun) sampai tanggal ____ / ____ / ____ (tanggal/bulan/tahun)

PENTING:

- Selama periode Cuti Premi, Anda akan dikenakan biaya bulanan (termasuk namun tidak terbatas pada Biaya/luran Asuransi, Biaya/Ujrah Administrasi, Biaya Cuti Premi (jika ada)) sesuai ketentuan Polis. Ketidackukupan nilai investasi pada Polis untuk membayar biaya bulanan selama periode Cuti Premi dapat mengakibatkan Polis berakhir (*lapse*).
- Fasilitas Cuti Premi akan berakhir secara otomatis jika Anda melakukan pembayaran Premi dalam periode Cuti Premi.
- 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.
- 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. 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 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)

C. PERNYATAAN DAN JAMINAN

Dengan ini Saya / Kami selaku Pemegang Polis (“**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 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.
5. Saya dengan ini memberi kuasa 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, tenaga pemasar 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.
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 Teroris, Organisasi Teroris dan Proliferasi Senjata Pemusnah Massal; dan/atau (4) kondisi lainnya sebagaimana diatur pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.
9. Dengan menandatangani Formulir ini, maka Saya mengkonfirmasi keputusan untuk melanjutkan transaksi yang tercantum pada Formulir ini.
10. **Persetujuan pemasaran:**
Apakah Anda bersedia (i) untuk menerima informasi, penawaran produk dan/atau layanan serta dihubungi oleh Allianz, anak perusahaannya dan/atau afiliasinya (“**Grup Allianz**”) (serta pihak ketiga yang ditunjuk oleh Grup Allianz); dan (ii) data pribadi Anda diproses oleh Grup Allianz dan pihak ketiga yang ditunjuk oleh Grup Allianz untuk tujuan pemasaran, peningkatan kualitas data pribadi serta peningkatan layanan?

YA TIDAK

Dalam hal Anda menjawab “YA”, Anda mengerti dan menyetujui bahwa persetujuan di atas meliputi: (i) persetujuan untuk dihubungi dan/atau dikirimkan informasi mengenai penawaran produk dan/atau layanan, survei nasabah dan kampanye produk, melalui setiap media komunikasi yang tersedia (seperti surat, surat elektronik (email), short message service (sms), telepon, aplikasi pesan singkat dan media komunikasi digital/elektronik lainnya) oleh Grup Allianz (serta pihak ketiga yang ditunjuk oleh Grup Allianz); dan (ii) persetujuan pemberian kuasa kepada Grup Allianz (serta pihak ketiga yang ditunjuk oleh Grup Allianz) untuk mengungkapkan informasi data pribadi Anda kepada setiap pihak lainnya terkait kepentingan yang dimaksud pada poin (i).

Perhatian : Dalam hal Anda tidak lagi bersedia dihubungi dan menerima informasi penawaran produk dan/atau layanan dari Allianz dan/atau afiliasinya (serta pihak ketiga yang ditunjuk oleh Allianz dan/atau afiliasinya), Anda dapat mengirimkan email ke contactus@allianz.co.id atau menghubungi AllianzCare 1500 136 atau AllianzCare Sharia 1500 139 untuk menyampaikan maksud tersebut

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

<p>Data Tenaga Pemasar</p> <p>Nama Tenaga Pemasar : _____</p> <p>Nomor Tenaga Pemasar : _____</p> <p>Nama Leader : _____</p> <p>Nomor telepon yang bisa dihubungi kantor : _____</p> <p>Handphone : _____</p>	<p>Diverifikasi oleh : <input type="checkbox"/> Agency <input type="checkbox"/> Allianz Center</p> <p>Nama : _____</p> <p>Tanggal : _____</p> <p>Telepon : _____</p>								
<p>Tanda Tangan</p> <p>_____ (Nama Jelas)</p>	<p>Tanda Tangan</p> <p>_____ (Nama Jelas)</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. _____								