

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 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 dan email atau nomor telepon di Polis : Ya Tidak

Jika ya, mohon tuliskan perubahannya : _____

Kota : _____ Kode Pos : _____
 Provinsi : _____ Negara : _____
 Telepon (Rumah) : _____ Telepon (Kantor) : _____
 Handphone : _____ Email : _____

Perubahan ini merupakan alamat : Korespondensi Rumah Kantor

Dokumen terlampir : 1. Fotokopi kartu identitas Pemegang Polis 4. Surat Kuasa Pembayaran Premi Asuransi melalui kartu (kredit)
 2. Fotokopi Akte Kelahiran/ Akte Ganti Nama/(Passport) 5. Surat Kuasa Pendebetan Rekening Pembayaran Premi (Asuransi)
 3. Fotokopi Kartu Keluarga 6. 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)" ada formulir terpisah

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

Revisi Data Tertanggung

Nama Tertanggung*) : _____

Nomor identitas : _____

Jenis Identitas : KTP SIM Passport KIMS KITAS KTP seumur hidup

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 KTP seumur hidup

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 KTP seumur hidup

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 KTP seumur hidup

Pekerjaan : _____

Status : Kawin Belum kawin Janda Duda

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

Perubahan/Penggantian Pemegang Polis

Nama Pemegang Polis Baru**) : _____

Nomor identitas : _____

Jenis Identitas : KTP SIM Passport KIMS KITAS KTP seumur hidup

Pekerjaan : _____

Tanggal Lahir : (tanggal/bulan/tahun) _____ / _____ / _____

Hubungan dengan Tertanggung***) : _____

**) Lampirkan dengan fotokopi Kartu Keluarga & fotokopi kartu identitas calon Pemegang Polis baru. Jika calon Pemegang Polis baru bukan perorangan, maka wajib mengisi FORMULIR TAMBAHAN PIHAK BUKAN PERORANGAN (Untuk Permohonan Perubahan Polis)

***) Hubungan antara calon Pemegang Polis baru dengan Tertanggung harus merupakan hubungan finansial yang diakui secara hukum (*Insurable Interest*)

Perubahan/Penggantian Pembayar Premi

Nama Pembayar Premi Baru**): _____

Nomor identitas : _____

Jenis Identitas : KTP SIM Passport KIMS KITAS KTP seumur hidup

Pekerjaan : _____

Tanggal Lahir : (tanggal/bulan/tahun) _____ / _____ / _____

Hubungan dengan Pemegang Polis***) : _____

**) Lampirkan dengan fotokopi Kartu Keluarga & fotokopi kartu identitas Pembayar Premi. Jika calon Pembayar Premi baru bukan perorangan, maka wajib mengisi FORMULIR TAMBAHAN PIHAK BUKAN PERORANGAN (Untuk Permohonan Perubahan Polis)

***) Hubungan antara calon Pembayar Premi baru dengan dengan Pemegang Polis harus merupakan hubungan finansial yang diakui secara hukum (*Insurable Interest*)

Perubahan/Penggantian *Beneficial Owner*

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

***) Lampirkan dengan fotokopi Kartu Keluarga & fotokopi kartu identitas *Beneficial Owner*

****) Hubungan antara calon *Beneficial Owner* baru dengan Pemegang Polis harus merupakan hubungan finansial yang diakui secara hukum (*Insurable Interest*)

Perubahan/Penggantian 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, calon Pemegang Polis baru dan/atau Tertanggung (“**Saya**”) menyatakan dan menjamin bahwa:

1. 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).
2. Bahwa apabila ternyata pernyataan, keterangan, dokumen dan jawaban yang Saya berikan tidak benar/diragukan kebenarannya, maka Saya memahami serta menyetujui sepenuhnya bahwa Polis menjadi batal dan Allianz dibebaskan dari segala kewajibannya membayar Uang Pertanggungan, segala gugatan, tuntutan, klaim atau bagian dari itu dalam bentuk dan nama apapun, maupun mengembalikan Premi, baik saat ini maupun di kemudian hari.
3. 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.
4. 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.
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 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) kerja sama reasuransi dan/atau retrosesi;
 - (xiii) kepatuhan terhadap perintah pengadilan, hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku; dan/atau
 - (xiv) 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.

7. 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>.
8. 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.
9. 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.
10. Dengan menandatangani Formulir ini, maka Saya mengkonfirmasi keputusan untuk melanjutkan transaksi yang tercantum pada Formulir ini.
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. Khusus untuk perubahan Pemegang Polis:

- (1) Saya sebagai Calon Pemegang Polis baru telah memahami semua syarat dan ketentuan Polis (termasuk Surat Permohonan Asuransi Jiwa, dokumen, formulir dan keterangan lain yang merupakan bagian dari Polis).
- (2) Saya sebagai Calon Pemegang Polis baru mengerti, memahami dan menyetujui bahwa jika permohonan perubahan Pemegang Polis yang diajukan telah disetujui oleh Allianz:
 - a. Tanggal berlakunya perubahan Pemegang Polis tersebut adalah tanggal ketika Allianz menyetujui permohonan tersebut, tanggal mana akan disebutkan dalam Endosemen yang akan dikirimkan oleh Allianz kepada Saya sebagai Pemegang Polis baru ("**Tanggal Efektif**"); dan
 - b. Terhitung sejak Tanggal Efektif, Saya setuju untuk tunduk dan terikat pada semua syarat dan ketentuan Polis tersebut sebagai Pemegang Polis, dan tidak akan mengajukan keberatan, sanggahan atau bantahan apapun terhadap syarat dan ketentuan Polis (termasuk Surat Permohonan Asuransi Jiwa, dokumen, formulir dan keterangan lain yang merupakan bagian dari Polis).

- 13. Khusus untuk polis asuransi syariah**, jika proses permohonan perubahan Polis ini belum selesai pada 31 Oktober 2023, maka pada tanggal 1 November 2023, PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia akan mengambil alih proses permohonan perubahan Polis ini. 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".

14. 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 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/Penggantian Termaslahat)

Tanda Tangan Pemegang Polis Baru
(hanya jika ada Perubahan/Penggantian Pemegang Polis)

(Nama Lengkap)

(Nama Lengkap)

(Nama Lengkap)

Data Tenaga Pemasar

Nama Tenaga Pemasar : _____
 Nomor telepon/handphone: _____
 Nama Leader : _____
 Nomor telepon/handphone: _____

Tanda Tangan

(Nama Lengkap)

Diverifikasi oleh : Agency Allianz Center
 Nama : _____
 Tanggal : _____
 Telepon : _____

Tanda Tangan

(Nama Lengkap)

Catatan diisi oleh Kantor Pusat

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 5. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ |