

## FORMULIR PERMOHONAN PENYERAHAN POLIS SEBAGAI AGUNAN

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

### A. DATA PEMEGANG POLIS DAN BANK

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 : \_\_\_\_\_

Produk Asuransi : \_\_\_\_\_

Uang Pertanggungan : \_\_\_\_\_

Masa Asuransi : \_\_\_\_\_

dengan ini mengajukan permohonan untuk Polis sebagaimana dimaksud di atas digunakan sebagai agunan atas pinjaman Saya/Kami kepada Kreditor sebagai berikut:

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

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

Alamat Bank : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kota : \_\_\_\_\_ Kode Pos : \_\_\_\_\_

Provinsi : \_\_\_\_\_ Negara : \_\_\_\_\_

No. Telepon : \_\_\_\_\_

Jenis Pinjaman : \_\_\_\_\_

Nomor Perjanjian Pinjaman : \_\_\_\_\_

**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. Alamat berdasarkan identitas : \_\_\_\_\_

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 selaku Pemegang Polis/Tertanggung dan/atau Penerima Manfaat (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 Formulir ini diisi dengan benar dan lengkap, serta 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) 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 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 Teroris, Organisasi Teroris dan Proliferasi Senjata Pemusnah Massal; dan/atau (4) kondisi lainnya sebagaimana diatur pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.
9. Pembayaran Uang Pertanggungan
  - a. Saya menyetujui pembayaran Uang Pertanggungan dilakukan dengan ketentuan: (i) Uang Pertanggungan akan dibayarkan terlebih dahulu kepada Bank untuk pelunasan sisa pinjaman; dan (ii) dalam hal Uang Pertanggungan lebih besar dibandingkan dengan sisa pinjaman, maka selisih tersebut akan dibayarkan kepada Penerima Manfaat.
  - b. Saya memahami dan menyetujui untuk memastikan agar Polis tetap berlaku.
  - c. Saya memahami dan menyetujui bahwa Allianz memiliki kewenangan penuh dalam setiap proses klaim).
10. Dengan menandatangani Formulir ini, maka Saya mengkonfirmasi keputusan untuk melanjutkan transaksi yang tercantum pada Formulir ini.

Dibuat dan ditandatangani di \_\_\_\_\_ tanggal pengajuan (tanggal/bulan/tahun) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Tanda Tangan Pemegang Polis	Tanda Tangan Tertanggung	Menyetujui, Tanda Tangan Penerima Manfaat
_____ (Nama Jelas)	_____ (Nama Jelas)	_____ (Nama Jelas)
Mengetahui, Tanda Tangan Pejabat Bank		
Stempel bank  _____ (Nama Jelas)		