Allianz

Allianz Syariah

FORMULIR PERMOHONAN PERUBAHAN POLIS – 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 Syariah 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 menandatanganinya
- Untuk mempercepat proses pengajuan Anda, harap melengkapi seluruh persyaratan yang tertera pada Formulir ini

Saya/Kami yang bertandatangan di bawah ini:

Nomor Polis :

Nama Peserta :

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 untuk keperluan Pajak : Kewarganegaraan :

Nama Pihak Yang Diasuransikan :

Nama Pembayar Kontribusi :

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 untuk keperluan Pajak : Kewarganegaraan :

Nama Pasangan Pembayar Kontribusi :

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 untuk keperluan Pajak : Kewarganegaraan :

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 : ☐ Fotokopi kartu identitas Peserta ☐ Surat Permintaan Asuransi Tambahan (SPAT)

☐ Lainnya, jelaskan

Catatan :

- Apabila Peserta/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 Peserta/Pemilik Rekening adalah perusahaan, maka diwajibkan untuk mengisi "FORMULIR DATA PERTUKARAN INFORMASI ANTAR NEGARA-PERUSAHAAN(INSTITUSI)" pada formulir terpisah.
- Apabila Peserta bukan merupakan Pembayar Kontribusi dan/atau Pasangan Pembayar maka wajib mengisi data pada bagian Pembayar Kontribusi dan/atau Pasangan Pembayar Kontribusi.

Allianz

Allianz Syariah

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

☐ Perubahan Santunan Asuransi ☐ Perubahan Kontribusi ☐ Perubahan Perlindungan Tambahan

Jenis Perlindungan	Usia Perlindungan	Santunan Asuransi/Plan Baru	Kontribusi Baru
Asuransi/Perlindungan Dasar		_____	_____
Asuransi/Perlindungan Tambahan (Rider)			
Kontribusi Top Up Berkala			_____
ADDB		_____	
Medical Assistance		_____	
Smartmed Cancer		_____	
TPD	_____	_____	
TPD (Accelerated)	_____	_____	
Critical Illness (Accelerated)	_____	_____	
Critical Illness Plus	_____	_____	
CI100	_____	_____	
Term Life	_____	_____	
Flexicare	_____	_____	
Flexi CI : ☐ Silver, ☐ Gold, ☐ Platinum	_____	_____	
		☐ Gender Specific	
		☐ Continuous Cancer	
		☐ Power Reset for Early Cancer	
Hospital & Surgical Care Plus	_____	Plan _____	
Hospital & Surgical Care Premier	_____	Plan _____	
Hospital & Surgical Care Premier X	_____	Plan _____	
Hospital & Surgical Care Premier Plus	_____	Plan _____	
		☐ Booster ☐ Melahirkan	
		☐ Rawat Jalan ☐ Rawat Gigi	
Payor (Traditional)		☐ Payor CI77	
Payor Benefit		☐ Perlindungan Dasar ☐ Top Up Berkala	
Payor Protection		☐ Perlindungan Dasar ☐ Top Up Berkala	
Spouse Payor Benefit		☐ Perlindungan Dasar ☐ Top Up Berkala	
Spouse Payor Protection		☐ Perlindungan Dasar ☐ Top Up Berkala	
Lainnya : _____	_____	_____	

Catatan:

- Harap lengkapi Surat Permintaan Asuransi Tambahan (SPAT) jika ada kenaikan Santunan Asuransi Dasar atau Perlindungan Tambahan dan, atau Penambahan Perlindungan tambahan.
- Kenaikan Santunan Asuransi mengacu kepada persyaratan *Underwriting*.
- Khusus untuk Penambahan Perlindungan Tambahan *Payor Benefit, Payor Protection, Spouse Payor Benefit, Spouse Payor Protection*, lampirkan surat nikah dan kartu keluarga.

☐ Perubahan Frekuensi Pembayaran Kontribusi (khusus untuk Polis dengan Pembayaran Kontribusi Berkala), menjadi:
( ) Bulanan ( ) Triwulanan ( ) Semesteran ( ) Tahunan
Jumlah Kontribusi sekarang (dengan frekuensi pembayaran baru) _____

Allianz

Allianz Syariah

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	Peserta/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?	☐	☐
11. Apakah Anda lahir di Negara Amerika Serikat/Puerto Rico/American Samoa/United States Minor Outlying Islands/Kepulauan Virgin/Guam/Kepulauan Mariana Utara?	☐	☐

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)?	☐	☐
13. Apakah Anda merupakan penduduk tetap berstatus asing di Amerika Serikat?	☐	☐
14. Apakah Anda pembayar pajak ke Amerika Serikat?	☐	☐

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 PESERTA

Dengan ini Saya selaku Peserta/Pihak Yang Diasuransikan/Pembayar Kontribusi dan/atau Pasangan Pembayar Kontribusi (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 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, tenaga pemasar 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 pengikian 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 Pengelola 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. Untuk Perubahan kenaikan risiko dapat menyebabkan kenaikan Iuran Asuransi, Ujrah Administrasi dan ujrah-ujrah lainnya (jika ada) sehingga dapat menyebabkan Polis menjadi berakhir/lapsed.

10. 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 pemohonan 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.

11. Dengan menandatangani Formulir ini, maka Saya mengkonfirmasi keputusan untuk melanjutkan transaksi yang tercantum pada Formulir ini.

Allianz

Allianz Syariah

D. PEMAHAMAN DAN PERSETUJUAN MASA TUNGGU/PERIODE ELIMINASI

[Diisi dan ditandatangani jika Perlindungan Tambahan (Rider) yang dipilih memiliki masa tunggu/periode eliminasi]

Saya selaku Peserta/Pihak Yang Diasuransikan/Pembayar Kontribusi dan/atau Pasangan Pembayar Kontribusi mengerti, menyatakan dan menyetujui bahwa:

1. (i) Saya sebagai Peserta, (ii) Pihak Yang Diasuransikan (jika berbeda dengan Peserta), (iii) Pembayar Kontribusi; dan/atau (iv) Pasangan Pembayar Kontribusi (yang mana yang sesuai dengan pilihan Asuransi/Perlindungan Tambahan) ("**Pihak Terkait**") telah memilih untuk tidak menjalani pemeriksaan kesehatan (*medical check-up*) tipe E atau pemeriksaan kesehatan (*medical check-up*) tipe A (jika Pihak Terkait berusia kurang dari 18 tahun), dan tidak memenuhi syarat lainnya, sesuai dengan ketentuan underwriting yang berlaku di Allianz;
2. Asuransi/Perlindungan Tambahan (Rider) yang Saya pilih memiliki ketentuan periode eliminasi dan/atau masa tunggu (yang mana yang sesuai). Dengan adanya ketentuan periode eliminasi dan/atau masa tunggu tersebut, Saya dan Pihak Terkait memahami dan menyetujui bahwa Allianz tidak akan membayarkan setiap klaim yang terjadi selama periode eliminasi dan/atau masa tunggu tersebut (yang mana yang sesuai), sebagaimana yang akan diatur lebih lanjut dalam Polis (dan syarat dan ketentuan Perlindungan/tambahan (rider)); dan
3. Saya dan Pihak Terkait mengerti dan memahami ketentuan periode eliminasi dan/atau masa tunggu (yang mana yang sesuai) tersebut dan segala konsekuensinya.

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

Tanda Tangan	Tanda Tangan	TandaTangan	TandaTangan
Pihak Yang Diasuransikan	Peserta	Pembayar Kontribusi	Pasangan Pembayar Kontribusi
_____	_____	_____	_____
(Nama Lengkap)	(Nama Lengkap)	(Nama Lengkap)	(Nama Lengkap)

<u>Data Tenaga Pemasar</u>
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. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____