

**FORMULIR PEMBAYARAN MANFAAT ASURANSI JIWA JANGKA WAKTU SEJAHTERA/
THE SEJAHTERA GROUP TERM LIFE INSURANCE BENEFIT PAYMENT FORM**

 HARAP DIISI DENGAN HURUF CETAK!
PLEASE FILL IN WITH CAPITAL LETTERS!

Informasi Penerima Manfaat/ Benefit Recipient Information	<input type="checkbox"/> Peserta Kumpulan/ Group Participants	<input type="checkbox"/> Peserta Perorangan/ Individual Participants
Penerima Manfaat/Benefit Recipient	: <input type="checkbox"/> Peserta/Participant <input type="checkbox"/> Ahli Waris/Beneficiary	
Hubungan dengan Peserta/Relationship with Participant	: <input type="checkbox"/> Diri Sendiri/Self <input type="checkbox"/> Pasangan/Spouse <input type="checkbox"/> Anak/Children <input type="checkbox"/> Lainnya/Others : _____	
Nama Peserta /Participant Name **)	: _____	
Nama Pemohon(jika berbeda dengan Peserta)/ Name of Claimant(if different with Participant)	: _____	
Nama Perusahaan/ Name of Company	: _____	
Nomor Group/Group Number	: _____	
Nomor Peserta/Participant No.	: _____	
*) Jika Penerima Manfaat berwarganegara/lahir/mempunyai alamat identitas/korespondensi /membayar pajak ke Amerika Serikat, maka wajib mengisi Formulir FATCA terlampir. *) If the Benefit Recipient is an USA citizen/born/having ID address/correspondence address/pay tax to USA, it is required to fill in the attached FATCA Form completely.		
Tempat & Tanggal Lahir/Place of Birth	: _____, Tanggal/ _____ Bulan/ _____ Tahun/ _____ Date Month Year	
Negara Tempat Lahir/Country of Birth *)	: _____	
Jenis Identitas/Identity Type	: _____ No. Identitas/ Identity Number : _____	
Kewarganegaraan/Citizenship *)	: _____ (Lampirkan fotokopi/ Attach copy of document)	
Negara Tempat Tinggal untuk Keperluan Perpajakan/ *) Country of Residence for Tax Purpose	: _____	
Alamat berdasarkan Identitas/ID Address *)	: _____	
	Kota/City : _____	Propinsi/Province : _____
	Kode Pos/Postal Code : _____	Negara/Country : _____
Alamat Surat Menyurat*) (jika berbeda dengan alamat identitas/ Correspondence Address (if different with ID Address)	: _____	
	Kota/City : _____	Propinsi/Province : _____
	Kode Pos/Postal Code : _____	Negara/Country : _____
No. Telepon/Telephone No.	: _____ HP : _____	Email : _____

Pengajuan/Payout Request	
A. Jenis pembayaran Manfaat/Benefit Payment	Dokumen Yang Harus Dilampirkan/Documents to be Attached
<input type="checkbox"/> Pensiun Normal/Normal Pension	1. Sertifikat Kepesertaan (asli)/Member Certificate (original) 2. Foto copy Kartu Tanda Pengenal Peserta/Copy of Identity Card 3. Foto copy buku tabungan halaman depan/Copy of Bank Account Book (front Page) 4. Foto copy Surat Keterangan Pensiun dari Perusahaan/Copy of Pension Letter from Employer
<input type="checkbox"/> Berhenti Bekerja/Resignation	1,2,3 (sda) / Idem 4. Keterangan Berhenti kerja (copy)/Resignation Letter (Copy)
<input type="checkbox"/> Meninggal Dunia/Death	1,2,3 (sda) / Idem 4 Fotocopy Kartu Keluarga/Copy of family card 5 Fotocopy KTP ahli waris/Copy of beneficiary identity card 6 Bukti sebagai Pihak Yang Ditunjuk/ahli waris/Confirmation letter for person entitled/beneficiary 7 Surat Keterangan Kematian dari Pejabat berwenang (Legalisir)/Death certificate by authorized (legalized)

C. Pembayaran atas Manfaat Program Group Term Life Account/ Group Term Life Payment

Nama Bank/*Bank Name* : _____ Cabang/*Branch* _____
 Alamat Bank/*Bank Address* : _____
 No. Rekening/*Bank Account No.* : _____
 Atas Nama/*Account Holder Name* : _____

D. Pernyataan/Statement

Dengan ini saya menyatakan bahwa semua pernyataan dan jawaban di atas adalah lengkap dan benar sesuai dengan keadaan terakhir saya yang sebenarnya. Saya telah membaca, mengerti dan menyetujui persyaratan dan ketentuan Pembayaran Manfaat Asuransi Jiwa Jangka Waktu Sejahtera. Saya mengerti bahwa permohonan ini tidak akan berlaku sebelum diterima dan diproses sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

*I hereby declare that all if statements and answers above is complete and correct in accordance with my actual circumstances.
 I have read, understand and agree with term and conditions of The Sejahtera Group Term Life Insurance Benefit Payment. I understand this request will not apply before accepted and processed in accordance with the applicable regulations.*

Bersama ini saya/kami memberi kuasa kepada Allianz untuk mengungkapkan informasi pribadi saya/kami/perusahaan(institusi) dalam hal menanggapi perintah pengadilan atau proses hukum atau permintaan dari pihak regulator atau berwenang dari yurisdiksi manapun 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 tetapi tidak terbatas pada peraturan tentang FATCA (“Kebutuhan Terkait”).
Hereby I/We authorize Allianz to disclose my personal/our/company(institution) information in serving the court summon or legal process or the request of any regulator or authority including those in any jurisdictions or to protect against fraud or other illegal activities or for risk management purposes or to allow Allianz to do any remedies available or to minimize the damage that may occur against Allianz and/or to comply with the law or legal process including but not limited to FATCA regulation (“Relevant Requirements”).

Saya/kami juga bersedia untuk memberikan informasi/dokumen yang diperlukan guna memenuhi Kebutuhan Terkait (“Informasi Terkait”) dan dengan segera mengkinikan Allianz jika ada perubahan atas Informasi Terkait./
I/We further undertake to provide any information or documents as requested to comply with the Relevant Requirements (“Relevant Information”) and to promptly update Allianz of any changes to the Relevant Information.

Dibuat dan ditandatangani di/ _____ pada tanggal/ *date* _____
 Created and signed at

Tanda Tangan (Peserta/ Janda/ Duda/ Anak/ Wali) /
 Signature (Participant/Widow/Widower/Children/Guardian)

 (Nama Jelas)/(Full Name)

**FORMULIR FATCA - Pembayaran Manfaat Program Asuransi Jiwa Jangka Waktu Sejahtera /
FATCA FORM- The Sejahtera Group Term Life Insurance Payment**

Penerima Manfaat berwarganegara/lahir/mempunyai alamat identitas/korespondensi /membayar pajak ke Amerika Serikat, maka wajib mengisi Form ini **secara lengkap**./
Benefit Recipient with an USA citizenship/born/having ID address/correspondence address/pay tax to USA required to fill in the following **information completely** :

Jenis identitas yang digunakan berlaku sampai dengan/ <i>Identity card expiry date</i>	tgl/ <input type="text"/> <input type="text"/> bln/ <input type="text"/> <input type="text"/> thn/ <input type="text"/> <input type="text"/> dd mm yy
--	--

Catatan : Isilah dengan memberi Tanda centang pada kotak jawaban yang sesuai /
Note : Use checkbox (✓) to fill in the answer box

No.	Pertanyaan/ <i>Question</i>	YA/ YES	TIDAK/ NO
1	Apakah negara penerbit identitas anda adalah Amerika Serikat ?/Is the publisher of your identity card is United States?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Apakah anda lahir di Negara Amerika Serikat / Puerto Rico / American Samoa / United States Minor Outlying Islands / Kepulauan Virgin / Guam / Kepulauan Mariana Utara ? / <i>Were you born in United States/ Puerto Rico/ American Samoa/ United States Minor Outlying Islands/ Virgin Island/ Guam/ Northern Mariana Islands?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jika terdapat jawaban " Ya " pada salah satu pertanyaan di atas, mohon menjawab pertanyaan berikut : /
If one of your above answers is 'Yes', please answer the following questions:

No.	Pertanyaan/ <i>Question</i>	YA/ YES	TIDAK/ NO
1	Apakah anda memiliki ijin resmi untuk tinggal di Amerika Serikat? / Do you have USA green card?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Apakah anda merupakan penduduk tetap berstatus asing di Amerika Serikat ? / Are you a permanent USA resident alien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Apakah anda membayar pajak ke Amerika Serikat ? / Are you a USA taxpayer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jika terdapat jawaban " Ya " pada salah satu dari ketiga pertanyaan di atas, mohon memberikan informasi No. TIN Amerika Serikat atau No. Sekuriti Sosial Amerika Serikat anda dan mengisi formulir lain yang diperlukan *) /

*If one of your answers from the three questions above is 'Yes', please provide your USA TIN Number or USA Social Security Number and other necessary form *)*

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

SURAT PERNYATAAN /STATEMENT

Formulir ini merupakan satu kesatuan dan bagian yang tidak terpisahkan dari formulir Pembayaran Manfaat Asuransi Jiwa Jangka Waktu Sejahtera /
This form is a whole and integral part of the Sejahtera Group Term Life Insurance Payment form.

Bersama ini saya/kami memberi kuasa kepada Allianz untuk mengungkapkan informasi pribadi saya/kami/perusahaan(institusi) dalam hal menanggapi perintah pengadilan atau proses hukum atau permintaan dari pihak regulator atau berwenang dari yurisdiksi manapun 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 tetapi tidak terbatas pada peraturan tentang FATCA (“Kebutuhan Terkait”)./

Hereby I/We authorize Allianz to disclose my personal/our/company(institution) information in serving the court summon or legal process or the request of any regulator or authority including those in any jurisdictions or to protect against fraud or other illegal activities or for risk management purposes or to allow Allianz to do any remedies available or to minimize the damage that may occur against Allianz and/or to comply with the law or legal process including but not limited to FATCA regulation (“Relevant Requirements”).

Saya/kami juga bersedia untuk memberikan informasi/dokumen yang diperlukan guna memenuhi Kebutuhan Terkait (“Informasi Terkait”) dan dengan segera mengkinikan Allianz jika ada perubahan atas Informasi Terkait./
I/We further undertake to provide any information or documents as requested to comply with the Relevant Requirements (“Relevant Information”) and to promptly update Allianz of any changes to the Relevant Information.

Dibuat dan ditandatangani di/ _____ pada tanggal/date _____
Created and Signed at

Penerima Manfaat/Benefit Recipient

(Nama Jelas)/(Full Name)

*) Formulir IRS (W-8BEN untuk warga Non Amerika Serikat namun terkait dengan Amerika Serikat; W-9 untuk warga Amerika Serikat)
*) IRS Form (W-8BEN for Non USA with Indicia, W-9 for USA)

Keterangan : Allianz Group telah menyatakan tunduk pada ketentuan FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act). FATCA bertujuan untuk meningkatkan kepatuhan pajak dari penduduk atau orang yang berkaitan dengan Amerika Serikat yang berdomisili, memiliki aset atau berpenghasilan di luar Amerika Serikat. /

Note : Allianz Group complies to FATCA regulation. FATCA aims to enhance tax compliance of USA citizen or indicia who are domiciled, having assets or income outside USA.