

**Formulir Data Peserta Perorangan/
Personal Participants Data Form**
**HARAP DIISI DENGAN HURUF CETAK!
PLEASE FILL IN WITH CAPITAL LETTERS!**

Informasi Peserta/ Participations Information	<input type="checkbox"/> Peserta Kumpulan/ Group Participants	<input type="checkbox"/> Peserta Perorangan/ Individual Participants	<input type="checkbox"/> Perubahan Data/ Changes of Information
Nama Peserta /Participant Name	:		
Status Perkawinan/Marital Status	: <input type="checkbox"/> Belum Nikah/Single <input type="checkbox"/> Janda atau Duda / Widow or Widower <input type="checkbox"/> Nikah/Married Jml Anak/No. Of Child. : _____		
Pekerjaan/Occupation	:		
Nama Perusahaan/Company Name	:		
Jabatan/Position	:		
Usia Pensiun Normal/Normal Pension Age	: _____ Tahun/Year		
	Khusus Peserta Perorangan dapat memilih usia Pensiun Normal antara 40 -65 tahun. Bagi Peserta Kumpulan usia Pensiun Normal mengikuti ketentuan Pemberi Kerja/ Individual Participant can choose Pension Age between 40-65 years. For Group Participant, normal pension age following the provision of the Employer		
*) Jika Peserta berwarganegara/lahir/mempunyai alamat identitas/korespondensi /membayar pajak ke Amerika Serikat, maka wajib mengisi Formulir FATCA terlampir. / *) If the Participant 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/ Date _____ Bulan/ Month _____ Tahun/ 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 : _____

Informasi Skema Kontribusi/Contribution Scheme Information			
1	Besarnya Iuran/Amount of Contribution	:	_____ % dari penghasilan setiap bulan/%from Month Salary
2	Besarnya Iuran/Amount of Contribution	:	Rp. _____ Setiap bulannya/Every Month
3	Besarnya Gaji Terakhir/Last Salary	:	Rp. _____ Setiap bulan / tahun/Every month / year
4	Sumber Dana Pembayaran Iuran/ Source of Fund Payment Contribution	:	<input type="checkbox"/> Gaji Karyawan / Employee Salary <input type="checkbox"/> Usaha lain / Other Business WAJIB dijelaskan / Explanation REQUIRED : _____

Informasi Pembayar Iuran (jika berbeda dengan Peserta)/Contribution Payment Information			
Nama Pembayar Iuran/Contribution Payment Name	:		
Alamat Pembayar Iuran/Contribution Payment Address	: _____		
		Kode Pos/Postal Code	:
Telepon/Phone	:	Status Hubungan dengan Peserta/ Status Relationships with participants	:
No. KTP/ SIM/ Paspor/No. KTP/ SIM/ Passport	: _____		

Pilihan Investasi/Investment Choices			
<input type="checkbox"/> _____ %	Dana Berorientasi Pasar Uang/ Money Market Oriented Fund	<input type="checkbox"/> _____ %	Dana Berorientasi Penghasilan Tetap/ Fixed Income Oriented Fund
<input type="checkbox"/> _____ %	Dana US Dollar Deposito/ US Dollar Deposit Fund	<input type="checkbox"/> _____ %	Dana Syariah/ Syariah Fund
<input type="checkbox"/> _____ %	Dana Berorientasi Ekuitas/ Equity Oriented Fund	<input type="checkbox"/> _____ %	Dana Fleksibel (Dana Khusus sesuai ketentuan pemberi kerja)/ Flexible Fund (Discretionary fund according to employer regulations)
Total persentase pilihan dana harus 100%. Jika bagian pilihan investasi ini tidak diisi maka peserta dianggap memilih pilihan investasi "Dana Pasar Uang"/ Total percentage of investment choice must be 100%. If investment choices section remains blank, the default investment choice will be "Dana Pasar Uang"			

Informasi Rekening Peserta/Participant the Account Information

Nama Bank/Bank Name	:	_____
Cabang/Branch	:	_____
Nomor Rekening/Bank Account Number	:	_____
Nama Pemilik Rekening/Account Holder Name	:	_____

Informasi Ahli Waris/Beneficiary Information
Jika Sudah Menikah/If Married

Nama Pasangan Hidup/ Name of Spouse	No. Identitas & Tgl. Lahir/ Identity No. & Date of Birth	Hubungan/ Relationship	Besarnya persentase/ Percentage

Nama Anak/ Name of Child	Tanggal Lahir/ Date of Birth	Anak Ke :/ Child No.	Besarnya persentase/ Percentage

Jika Belum Menikah/If Single

Nama/ Name	No. Identitas & Tgl. Lahir/ Identity No. & Date of Birth	Hubungan/ Relationship	Besarnya persentase/ Percentage

Dengan ini Saya Menyatakan bahwa :/Herewith I Declare that :

Dana yang dibayarkan kepada Dana Pensiun Lembaga Keuangan Allianz Indonesia merupakan dana yang berasal dari hasil usaha yang sah menurut peraturan pemerintah dan ditujukan untuk kepentingan program pensiun saya.

Semua dokumen, data, informasi, status perkawinan dan informasi ahli waris yang saya berikan adalah benar dan apabila di kemudian hari terjadi perubahan atas data-data tersebut maka saya akan secara aktif memberitahukan kepada Dana Pensiun Lembaga Keuangan Allianz Indonesia baik melalui pemberi kerja ataupun secara langsung ke Dana Pensiun Lembaga Keuangan Allianz Indonesia secara tertulis. Untuk itu Dana Pensiun Lembaga Keuangan Allianz Indonesia berhak untuk meminta keterangan termasuk memeriksa keaslian dokumen, data, informasi yang diberikan kepada pihak ketiga yang berwenang.

Saya setuju dan mengerti sepenuhnya apabila saya meninggal dunia dan terjadi perselisihan karena saya lalai melaporkannya, Dana Pensiun Lembaga Keuangan Allianz Indonesia akan membayarkan manfaat pensiun tersebut kepada pihak yang berhak sesuai informasi dari pemberi kerja atau peraturan pemerintah tentang dana pensiun yang berlaku atau sesuai dengan perintah pengadilan. Untuk itu saya membebaskan Dana Pensiun Lembaga Keuangan Allianz Indonesia dari setiap tuntutan dan kerugian baik material maupun non material akibat kelalaian saya melaporkan perubahan data tersebut.

Bersama ini saya/kami memberi kuasa kepada Allianz untuk mengungkapkan informasi pribadi saya/kami 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").

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.

The source of fund paid to Dana Pensiun Lembaga Keuangan Allianz Indonesia is from legitimate income in accordance to government regulations for the benefit of my pension program.

All given document, data, information, marital status and beneficiary information are true and if there is any change in those document, data and information I shall actively inform through employer or directly to Dana Pensiun Lembaga Keuangan Allianz Indonesia in writing. In regard to that purpose, Dana Pensiun Lembaga Keuangan Allianz Indonesia has a right to ask and verify the originality of the document, data and information to the third party or authority.

I fully agree and understand if I die and there is a dispute over the benefit payment due to my omission to update the data, Dana Pensiun Lembaga Keuangan Allianz Indonesia will pay the pension benefit to the eligible party based on the latest information from the employer, according to the government regulation of pension fund or by court order. Related with that purpose, I release Dana Pensiun Lembaga Keuangan Allianz Indonesia from any demand and material or non material loss due to my omission in reporting any data changes.

Hereby I/We authorize Allianz to disclose my personal 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").

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.

Tanda tangan peserta/Participant's signature

 Mengetahui Pemberi Kerja (khusus untuk peserta dari pemberi kerja)/
Acknowledge by the Employer (only for employer group participats)

Nama/Name : _____

Nama/Name : _____

Tanggal/Date : _____

Jabatan/Position : _____

Tanggal/Date : _____

**FORMULIR FATCA - Formulir Data Peserta Perorangan /
FATCA FORM- Personal Participants Data Form**

Peserta berwarganegara/lahir/mempunyai alamat identitas/korespondensi /membayar pajak ke Amerika Serikat, maka wajib mengisi Form ini secara lengkap/
Participant 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/ dd	bln/ mm	thn/ 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 ?/ <i>Is the publisher of your identity card is United States?</i>	<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? / <i>Do you have USA green card?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Apakah anda merupakan penduduk tetap berstatus asing di Amerika Serikat ? / <i>Are you a permanent USA resident alien?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Apakah anda membayar pajak ke Amerika Serikat ? / <i>Are you a USA taxpayer?</i>	<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 **

SURAT PERNYATAAN /STATEMENT

Formulir ini merupakan satu kesatuan dan bagian yang tidak terpisahkan dari formulir Data Peserta Perorangan DPLK. /
This form is a whole and integral part of the Personal Participants Data Form.

Bersama ini saya/kami memberi kuasa kepada Allianz untuk mengungkapkan informasi pribadi saya/kami 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 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

Peserta/Participants

(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 asset 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.