

**FORMULIR PEMBAYARAN MANFAAT PROGRAM GROUP FLEXI ACCOUNT/
GROUP FLEXI ACCOUNT BENEFIT PAYMENT FORM**

HARAP DIISI DENGAN HURUF CETAK!

PLEASE FILL IN WITH CAPITAL LETTERS!

Catatan:

Apabila Penerima Maslahat/Manfaat adalah warga negara / wajib pajak di luar negeri selain Indonesia yang merupakan Negara Mitra / Yurisdiksi Mitra, maka diwajibkan untuk mengisi "DATA PERTUKARAN INFORMASI ANTAR NEGARA-INDIVIDU" pada formulir ini/
In case the Beneficiary is a citizen/taxpayer in a country other than Indonesia which is a Partner Country/Partner Jurisdiction, it is obliged to fill in "the Information Exchange Data Between Countries-Individual" within this form

**Informasi Penerima Manfaat/
Beneficiary Information**

Penerima Manfaat/Beneficiary : Peserta/Participant Ahli Waris/Beneficiary
 Hubungan dengan Peserta/ : Diri Sendiri/Self Pasangan/Spouse
 Relationship with Participant Anak/Children 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. : _____
 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
 Negara Penerbit Identitas/Identity Issuer : _____
 Tanggal Berakhirnya Identitas/ : Tanggal/ _____ Bulan/ _____ Tahun/ _____
 Identity Expire Date Date Month Year
 Kewarganegaraan/Citizenship *) : _____
 (Lampirkan fotokopi/ Attach copy of document)
 NPWP/Tax Payor Registration No. : _____
 Alamat berdasarkan Identitas/ID Address : _____
 Kota/City : _____ Propinsi/Province : _____
 Kode Pos/ : _____ Negara/Country : _____
 Postal Code
 Alamat Surat Menyurat : _____
 (jika berbeda dengan alamat identitas)/ : _____
 Correspondence Address : _____
 (if different with ID Address) Kota/City : _____ Propinsi/Province : _____
 Kode Pos/ : _____ Negara/Country : _____
 Postal Code
 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 7 Surat Keterangan Kematian dari Pejabat berwenang (Legalisir)/Death certificate by authorized (legalized)
B. Penarikan Dana Sebagian Polis/ Partial Withdrawal of Policy *	Dokumen Yang Harus Dilampirkan/Documents to be Attached
Sebesar per/Amount: Rp. * Sesuai ketentuan yang ditetapkan Pemegang Polis/ In accordance with the conditions set out by Policy Holder	1. Sertifikat Kepesertaan (foto copy)/Participant Certificate (copy) 2. Foto copy Kartu Tanda Pengenal Peserta/Copy of ID Card 3. Foto copy buku tabungan halaman depan/Copy of Bank Account Book (front Page) 4. Surat pengantar dari perusahaan/Covering letter from company
C. Pembayaran atas Manfaat Program Group Flexi Account/ Group Flexi Account Payment	
Nama Bank/Bank Name : _____ Cabang/Branch : _____ Alamat Bank/Bank Address : _____ No. Rekening/Bank Account No. : _____ Atas Nama/Account Holder Name : _____	
D. Pernyataan/Statement	
<p>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 Program Group Flexi Account. Saya mengerti bahwa permohonan ini tidak akan berlaku sebelum diterima dan diproses sesuai dengan ketentuan yang berlaku.</p> <p><i>I hereby declare that all of the statements and answers above are complete and correct in accordance with my actual circumstances. I have read, understand and agree with terms and conditions of Group Flexi Account Payment. I understand this request will not apply before accepted and processed in accordance with the applicable regulations.</i></p> <p>Bersama ini pula, Saya/Kami menyetujui dan memberikan kuasa kepada Allianz untuk mengungkapkan dan menyerahkan informasi pribadi dan perpajakan Saya/Kami dalam hal menanggapi perintah pengadilan atau proses hukum atau permintaan dari pihak regulator atau berwenang dari negara mitra/yurisdiksi mitra 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 tapi tidak terbatas pada peraturan tentang FATCA & CRS ("Kebutuhan Pelaporan Pertukaran Informasi Antar Negara")./</p> <p><i>In this regards, I/we hereby authorized Allianz to disclose and provide my/our personal and tax information in serving the court summon or legal process or the request of any regulator or authority from partner country/partner jurisdiction or to protect against fraud or other illegal activities or for the purpose of risk management or to enable Allianz to perform any legal 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 the implementation of FATCA & CRS ("Information Exchange Report Requirement Between Countries").</i></p>	

Saya/Kami juga bersedia untuk memberikan informasi/dokumen yang diperlukan guna memenuhi Kebutuhan Pelaporan Pertukaran Informasi Antar Negara dan dengan segera mengkinikan Allianz jika ada perubahan atas data yang dicantumkan di dalam formulir ini./
I/we further undertake to provide any required information/documents to comply with the Information Exchange Report Requirement Between Countries and to promptly update Allianz for any data changes stated in this form.

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 DATA PERTUKARAN INFORMASI ANTAR NEGARA -INDIVIDU/ INFORMATION EXCHANGE DATA BETWEEN COUNTRIES-FORM INDIVIDUAL

Penerima Manfaat wajib mengisi Formulir ini secara lengkap./
The beneficiary is obliged to fill in this form completely

A. DATA PERTUKARAN INFORMASI ANTAR NEGARA-INDIVIDU/ INFORMATION EXCHANGE DATA BETWEEN COUNTRIES-FORM INDIVIDUAL

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./

The Government of Indonesia has declared to comply with the provisions of FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act) and CRS (Common Reporting Standard). FATCA aims to improve tax compliance from citizens or indicia of the United States of America who are domiciled, having assets or income outside of America.

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./

CRS aims to improve tax compliance from citizens of partner countries/partner jurisdictions having assets or income outside their domicile country. Partner Countries/Partner Jurisdiction is a state or jurisdiction bound by the Government Indonesia in the International Treaty. The following data are required in accordance with the FATCA and CRS applicable provisions.

1. Apakah Anda adalah warga negara/wajib pajak di luar negeri selain Indonesia yang merupakan Negara Mitra/Yurisdiksi Mitra? / Ya/Yes Tidak/No
Are you a citizen/taxpayer in a country other than Indonesia which is a Partner Country/Partner Jurisdiction?

2. Apakah alamat tempat tinggal berdasarkan identitas Anda sama dengan alamat korespondensi? / Ya/Yes Tidak/No
Is your domicile address based on your ID is the same as your correspondence address?
Jika "Tidak", mohon sebutkan alamat anda berdasarkan identitas. Jika "Ya" mohon lanjut ke pertanyaan ke-8/
If "No", please state your ID address. If "Yes", please continue answer question no-8

3. Alamat berdasarkan identitas/ID address : _____

4. Kota/City : _____ 5. Propinsi/Province : _____

6. Kode Pos/Postal Code : _____ 7. Negara/Country : _____

8. NPWP/Tax Payor Registration No. : _____

9. Informasi negara dimana Anda adalah sebagai wajib pajak selain Indonesia yang merupakan Negara Mitra/Yurisdiksi Mitra/
Information on country where you are a tax payor other than Indonesia which is a Partner Country/Partner Jurisdiction

Kode Negara /Country Code	Nomor Wajib Pajak/ Tax Identification Number(TIN)	A/B/C*	Penjelasan apabila memilih B/ Explanation when B is chosen

*Penjelasan alasan apabila TIN/Nomor Wajib Pajak tidak tersedia/

**Explanation if TIN/ Tax Number is not available*

Kode Alasan/ Code of Reason	Penjelasan/Explanation
A	Negara Mitra/Yurisdiksi Mitra tidak mengeluarkan TIN kepada penduduk / Partner Country/Partner Jurisdiction is not issuing TIN for its resident
B	Penerima Manfaat memang tidak dapat memperoleh TIN atau sejenisnya (Mohon jelaskan alasannya pada tabel di atas) / Beneficiary is unable to get TIN or the like (please explain the reason in the table above provided)
C	TIN tidak diwajibkan, hukum domestik dari negara/yurisdiksi yang bersangkutan tidak mewajibkan kelengkapan TIN / TIN is not obligated, domestic law of the said country/jurisdiction is not obliging to have TIN

*Jika formulir ini tidak mencukupi, dapat dibuat salinan (copy) untuk diisi/
If this form is not sufficient, please make copy form to be filled in*

Untuk keperluan **FATCA**, isilah dengan memberi tanda pada kotak jawaban yang sesuai/
For FATCA purpose, use checkbox () to fill in the answer box

PERTANYAAN/QUESTION	YA/YES	TIDAK/NO
10. Apakah negara penerbit identitas Anda adalah Amerika Serikat?/ <i>Is the issuer of your identity card is United States?</i>	<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?/ <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 dari pertanyaan 10 - 11 di atas, mohon menjawab pertanyaan berikut:
If one of your answers is 'Yes' for question 10-11 above, please answer the following questions:

PERTANYAAN/QUESTION	YA/YES	TIDAK/NO
12. Apakah Anda memiliki ijin tinggal di Amerika Serikat (US green card)?/ <i>Do you have US green card?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Apakah Anda merupakan penduduk tetap berstatus asing di Amerika Serikat?/ <i>Are you a permanent US resident alien?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Apakah Anda pembayar pajak ke Amerika Serikat?/ <i>Are you a US taxpayer?</i>	<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*)/
*If one of your answers from 12-14 above is 'Yes', please provide your US TIN Number or US Social Security Number and other necessary form *)*

*) 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 US with Indicia, W-9 for US)

B. PERNYATAAN PENERIMA MANFAAT / STATEMENT OF BENEFICIARY

Dengan ini Saya / Kami menyatakan bahwa semua keterangan yang diberikan di dalam formulir ini adalah benar dan tidak ada keterangan-keterangan dan hal-hal lain yang Saya / Kami sembunyikan, serta Saya/Kami sendiri yang menandatangani formulir ini.

I/we herewith state that all information provided within this form are correct and there is no information that I/we hide, and I/we am/are the one who sign this form.

Bersama ini pula, Saya/Kami menyetujui dan memberikan kuasa kepada Allianz untuk mengungkapkan dan menyerahkan informasi pribadi dan perpajakan Saya/Kami dalam hal menanggapi perintah pengadilan atau proses hukum atau permintaan dari pihak regulator atau berwenang dari negara mitra/yurisdiksi mitra 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 tapi tidak terbatas pada peraturan tentang FATCA & CRS ("Kebutuhan Pelaporan Pertukaran Informasi Antar Negara")./

In this regards, I/we hereby authorized Allianz to disclose and provide my/our personal and tax information in serving the court summon or legal process or the request of any regulator or authority from partner country/partner jurisdiction or to protect against fraud or other illegal activities or for the purpose of risk management or to enable Allianz to perform any legal 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 the implementation of FATCA & CRS ("Information Exchange Report Requirement Between Countries").

Saya/Kami juga bersedia untuk memberikan informasi/dokumen yang diperlukan guna memenuhi Kebutuhan Pelaporan Pertukaran Informasi Antar Negara dan dengan segera mengkinikan Allianz jika ada perubahan atas data yang dicantumkan di dalam formulir ini./

I/we further undertake to provide any required information/documents to comply with the Information Exchange Report Requirement Between Countries and to promptly update Allianz for any data changes stated in this form.

Dibuat dan ditandatangani di/ _____ Tanggal/ _____ / _____ / _____
Created and Signed at Date tgl/dd bln/mm tahun/yyyy

Tanda Tangan Penerima Manfaat/
Signature of Benefit Recipient

 (Nama Jelas/Full Name)