

Informasi Peserta/ Participant's Information	<input checked="" type="checkbox"/> Peserta Kumpulan/ Group Participant	<input type="checkbox"/> Peserta Perorangan/ Individual Participant
Penerima Manfaat/Benefit Recipient	<input checked="" type="checkbox"/> Peserta/Participant	<input type="checkbox"/> Ahli Waris/beneficiary
Hubungan dengan Peserta/Relationship with Participant	<input checked="" 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	
Nama Pemohon(jika berbeda dengan Peserta)/ Name of Claimant(if different from Participant)	:	
Nama Perusahaan/ Name of Company	: PT xxx	
Nomor Group/Group Number	:	
Nomor Peserta DPLK/DPLK Participant No.	: Nomor Sertifikat	
*) 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/pays tax to USA, it is required to fill in the attached FATCA Form completely.		
Tempat & Tanggal Lahir/Place of Birth	: Kota Lahir _____, Tanggal/ XX _____ Bulan/ XX _____ Tahun/ XXXX _____ Date	
Negara Tempat Lahir/Country of Birth *)	: Indonesia	
Jenis Identitas/Identity Type	: KTP	No. Identitas/ Identity Number : XXXXXXXXXXXXXXXXXX
Kewarganegaraan/Citizenship *)	: _____ (Lampirkan fotokopi/ Attach copy of document)	
Negara Tempat Tinggal untuk Keperluan Perpajakan/ *) Country of Residence for Tax Purpose	: Indonesia	
Alamat berdasarkan Identitas/ID Address *)	: Diisi sesuai dengan alamat KTP (identitas)	
	Kota/City : _____	Propinsi/Province : _____
	Kode Pos/Postal Code : _____	Negara/Country : _____
Alamat Surat Menyurat/Correspondence Address *) (jika berbeda dengan alamat identitas/ if different with ID Address)	: Diisi dengan alamat jika berbeda dengan KTP	
	Kota/City : _____	Propinsi/Province : _____
	Kode Pos/Postal Code : _____	Negara/Country : _____
No. Telepon/Telephone No.	HP : No Kontak Peserta	Email : Email Peserta (jika ada)

Pengajuan/Payout Request			
Menarik Sebagian Iuran/ Partial Withdrawal of Contribution	<input type="checkbox"/> Resign namun usia dibawah 30 tahun	Rp. Nominal dikosongkan	Tanggal Penarikan/ Date of Withdrawal : Tanggal/ XX _____ Bulan/ XX _____ Tahun/ XXXX _____ Date
<input checked="" type="checkbox"/> Pembayaran Dana Pensiun Pension benefit payment	<input checked="" type="checkbox"/> Resign usia di atas 30 tahun	<input checked="" type="checkbox"/> Sekaligus/Lump Sum Nominal dikosongkan Rupiah	Tanggal dokumen diajukan
	<input type="checkbox"/> < dari Rp. 500 Juta) apabila total dana maksimum 625 juta)/ < than Rp. 500 Millions if total fund is maximum 625 million)		- (Peserta Meninggal > 10 thn sebelum Usia Pensiun Normal)/ Participant dies > 10 yrs before Normal Pension Age)
	_____ % dari total dana (Maximum 20%, sisanya untuk anuitas/Maximum 20%, the rest for annuity)		

Catatan : Untuk pembayaran annuitas gunakan Formulir Pengalihan Kepesertaan / Pilihan Perush. As. Jiwa dan Anuitas (Form. 4)/
Note : For annuity payment please use Transfer of Participation/ Choice of Insurance Company and Annuity Form (Form 4)

Penarikan Dana Pensiun(Pilih salah satu)/ Pension Withdrawal (Choose one option)	Dokumen Yang Harus Dilampirkan/ Documents that should be submitted
<input type="checkbox"/> Pensiun Normal/Normal Pension Ceklist Pensiun Normal jika usia minimal 55 tahun / lebih	1. Sertifikat Kepesertaan/Member Certificate 2. Foto copy Kartu Tanda Pengenal Diri dari yang bersangkutan/Copy of Identity Card 3. Foto copy Kartu Keluarga/Copy of Family Card 4. Foto copy Akte Nikah Peserta/Copy of Marriage Certificate 5. Formulir Pengalihan Kepesertaan/ Pemilihan Perusahaan Asuransi Jiwa dan Anuitas (Formulir 4)/Transfer of Participation/Choice of Insurance Company and Annuity Form (Form 4)
<input type="checkbox"/> Pensiun Dipercepat/Accelerated Pension Ceklist Pensiun dipercepat jika usia diatas 30 tahun namun dibawah 55 tahun	1,2,3,4,5 (sda) / Idem 6. Keterangan Berhenti Kerja (Karyawan)/Resignation Letter (Employee)
<input type="checkbox"/> Pensiun Cacat/Disability Pension	1,2,3,4,5 (sda) / Idem 6. Keterangan Dokter mengenai cacat total dan tetap/Appointed Physician's statement on total permanent disability
<input type="checkbox"/> Pensiun Janda/Duda/Widow/Widower Pension	1,2,3,4,5 (sda) / Idem 6. Keterangan Kematian dari Lurah/Death certificate drawn by the Lurah
<input type="checkbox"/> Pensiun Anak/Pension Children	1,2,3,4,5,6 (sda) / Idem 7. Surat penunjukan wali/Letter appointing legal guardian
<input type="checkbox"/> Dana Pensiun untuk Pihak Yang Ditunjuk / Ahli Waris/ Pension Funds for entitled persons / Beneficiary	1,2 (sda) / Idem 3. Keterangan Kematian dari Lurah/Certificate of Death by Lurah 4. Bukti sebagai Pihak Yang Ditunjuk/ahli waris/Confirmation letter for person entitled/beneficiary

**FORMULIR FATCA - Formulir Penarikan/Pembayaran Manfaat Pensiun /
FATCA FORM- Withdrawal/Pension Benefit Payment**

Di isi dengan lengkap sesuai dengan kondisi Peserta

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/Identity card expiry date	tgl/ dd	[] []	bln/ mm	[] []	thn/ yy	[] []
--	------------	---------	------------	---------	------------	---------

Catatan : Isilah dengan memberi Tanda centang pada kotak jawaban yang sesuai /

Note : Use checkbox (X) to fill in the answer box

No.	Pertanyaan/ Question	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 ? / Were you born in United States/ Puerto Rico/ American Samoa/ United States Minor Outlying Islands/ Virgin Island/ Guam/ Northern Mariana Islands?	<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/ Question	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 *)

SURAT PERNYATAAN /STATEMENT

Formulir ini merupakan satu kesatuan dan bagian yang tidak terpisahkan dari formulir Penarikan/Pembayaran Manfaat Pensiun. /
This form is a whole and integral part of the Withdrawal/Pension Benefit 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 our/my personal/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 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.