Allianz

PT Asuransi Allianz Life Indonesia

No. Ref

Formulir FATCA

Calon Pemegang Polis wajib mengisi form FATCA ini **secara lengkap**:

1. Apakah alamat tempat tinggal berdasarkan identitas anda sama dengan alamat korespondensi? (Jika tidak, mohon sebutkan alamat anda berdasarkan identitas)	☐ Ya ☐ Tidak
2. Alamat berdasarkan identitas	
3. Kota	6. Kode pos
4. Propinsi	
5. Negara	

7. Negara kelahiran	
8. Kewarganegaraan	
9. Negara alamat korespondensi	
10. Negara tempat tinggal untuk keperluan perpajakan	
11. Jenis identitas yang digunakan berlaku sampai dengan	tgl bln thn

Catatan: Isilah dengan memberi tanda √ pada kotak jawaban yang sesuai.

Pertanyaan	Ya	Tidak
12. Apakah negara penerbit identitas anda adalah Amerika Serikat?	☐	☐
13. 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 pertanyaan di atas, mohon menjawab pertanyaan berikut:

Pertanyaan	Ya	Tidak
14. Apakah anda memiliki ijin tinggal di Amerika Serikat (*US green card*)?	☐	☐
15. Apakah anda merupakan penduduk tetap berstatus asing di Amerika Serikat?	☐	☐
16. Apakah anda pembayar pajak ke Amerika Serikat?	☐	☐

Jika terdapat jawaban "Ya" pada salah satu dari ketiga pertanyaan di atas, mohon memberikan informasi No. U.S. TIN atau No U.S. Social Security Anda dan mengisi formulir lain yang diperlukan *)

SURAT PERNYATAAN

Formulir ini merupakan satu kesatuan dan bagian yang tidak terpisahkan dari Surat Permohonan Asuransi Jiwa.

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 jurisdiksi manapun atau untuk melindungi terhadap penipuan atau aktifitas illegal 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.

Tanggal_____Ditandatangani di_____

Calon Pemegang Polis

_____

Nama Jelas

*) Formulir IRS (W-8BEN untuk warga Non Amerika Serikat namun terkait dengan Amerika Serikat; W-9 untuk warga Amerika Serikat)

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