

FORMULIR PERMOHONAN PERUBAHAN POLIS - FINANCIAL

Formulir ini khusus digunakan untuk Produk Unit Link

Saya/Kami yang bertanda tangan di bawah ini: *(harap diisi dengan huruf kapital)*

Nomor Polis : _____

Nama Pemegang Polis : _____

Tempat/tanggal lahir : _____ Negara tempat lahir : _____

Jenis identitas : KTP SIM Passport KIMS KITAS

No. Identitas : _____

Alamat pada identitas : _____

Kota : _____ Kode Pos : _____

Propinsi : _____ Negara : _____

Negara tempat tinggal : _____ Kewarganegaraan : _____

untuk keperluan pajak

Nama Tertanggung : _____

Apakah ada perubahan alamat dan atau nomor telepon di Polis : Ya Tidak

Jika ya, mohon tuliskan perubahannya : _____

Kota : _____ Kode Pos : _____

Propinsi : _____ Negara : _____

Telepon (R) : _____ Telepon (K) : _____

Handphone : _____

Perubahan ini merupakan alamat : korespondensi rumah kantor**Catatan :**

- Apabila Pemegang Polis/Pemilik Rekening adalah berwarganegara Amerika Serikat atau terkait dengan Amerika Serikat, maka diwajibkan untuk mengisi bagian "DATA FATCA-INDIVIDU" pada formulir ini
- Apabila Pemegang Polis/Pemilik Rekening adalah perusahaan(institusi), maka diwajibkan untuk mengisi formulir "FATCA-PERUSAHAAN(INSTITUSI)" terpisah

Dokumen Terlampir :

- Fotokopi Identitas Pemegang Polis (wajib)
- SPAT (Surat Permintaan Asuransi Tambahan)
- Lainnya, (jelaskan) _____

A. JENIS PERUBAHAN (Isi dan beri tanda ✓, sesuai dengan perubahan yang diinginkan) Perubahan Uang Pertanggungan Perubahan Premi Perubahan Pertanggungan Tambahan

Jenis Pertanggungan	Uang Pertanggungan Baru	Premi Baru
Pertanggungan Dasar		
Pertanggungan Tambahan (Rider)		
Premi Top Up Berkala	_____	_____
TPD	_____	
TPD (Accelerated)	_____	
ADDB	_____	
Critical Illness	_____	
Critical Illness Plus	_____	
Flexi Care	_____	
Lainnya, sebutkan _____	_____	
Payor Benefit	<input type="checkbox"/> Pertanggungan Dasar	<input type="checkbox"/> Top Up Berkala
Payor Protection	<input type="checkbox"/> Pertanggungan Dasar	<input type="checkbox"/> Top Up Berkala
Spouse Payor Benefit	<input type="checkbox"/> Pertanggungan Dasar	<input type="checkbox"/> Top Up Berkala
Spouse Payor Protection	<input type="checkbox"/> Pertanggungan Dasar	<input type="checkbox"/> Top Up Berkala

Catatan :

- Harap lengkapi SPAT jika ada kenaikan Uang Pertanggungan Dasar atau Pertanggungan Tambahan dan, atau Penambahan Pertanggungan tambahan.
- Kenaikan Uang Pertanggungan mengacu kepada persyaratan Underwriting.
- Khusus untuk Penambahan Pertanggungan Tambahan Flexi Care, Spouse Payor Protection, lampirkan surat nikah dan kartu keluarga

 Perubahan Frekuensi Pembayaran Premi (khusus untuk Polis dengan Pembayaran Premi Berkala), menjadi:

() Bulanan () Triwulanan () Semesteran () Tahunan

Jumlah Premi sekarang (dengan frekuensi pembayaran baru) _____

B. DATA FATCA - INDIVIDU

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.

Apabila Pemegang Polis adalah berwarganegara Amerika Serikat atau terkait dengan Amerika Serikat, maka diwajibkan untuk mengisi hal berikut secara lengkap:

Catatan : Isilah dengan memberi tanda pada kotak jawaban yang sesuai

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah negara penerbit identitas Anda adalah Amerika Serikat?		
2	Jenis identitas yang digunakan berlaku sampai dengan	tgl <input type="text"/> <input type="text"/>	bln <input type="text"/> <input type="text"/> thn <input type="text"/> <input type="text"/>
3	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:

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
4	Apakah Anda memiliki ijin tinggal di Amerika Serikat (<i>US green card</i>)?		
5	Apakah Anda merupakan penduduk tetap berstatus asing di Amerika Serikat?		
6	Apakah Anda membayar 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 *)

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

C. PERNYATAAN PEMEGANG POLIS

Dengan ini Saya/Kami menyatakan bahwa semua pertanyaan dan jawaban di atas adalah lengkap dan benar sesuai dengan keadaan terakhir Saya/Kami yang sebenarnya. Saya/Kami mengerti bahwa permohonan ini tidak akan berlaku sebelum diterima dan diproses sesuai dengan ketentuan yang berlaku pada Penanggung.

Bersama ini Saya/Kami memberi kuasa kepada Allianz untuk mengungkapkan informasi pribadi Saya/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").

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.

Dibuat dan ditandatangani di _____
Tanggal _____

Tanda tangan

Pemegang Polis

Data Agen Nama Agen : _____ No. Agen : _____ Nama Leader : _____ Nomor telepon yang bisa dihubungi : Kantor : _____ Handphone : _____ <p style="text-align: center;">Tanda Tangan</p> <p style="text-align: center;">_____ (Nama Jelas)</p>	Diverifikasi oleh : <input type="checkbox"/> Agency <input type="checkbox"/> CCC <input type="checkbox"/> Pusat Nama : _____ Tanggal : _____ Telepon : _____ <p style="text-align: center;">Tanda Tangan</p> <p style="text-align: center;">_____ (Nama Jelas)</p>
Catatan diisi oleh Kantor Pusat 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____	