

PERMOHONAN PEMBAYARAN MANFAAT HABIS KONTRAK

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

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

Jika ya, mohon tuliskan perubahannya : _____
 Kota : _____ Kode Pos : _____
 Propinsi : _____ Negara : _____
 Telepon (R) : _____ Telepon (K) : _____
 Handphone : _____

Perubahan ini merupakan alamat : korespondensi rumah kantor

Dengan ini mengajukan permohonan Instruksi pembayaran Manfaat Habis Kontrak :

Nama Pemilik Rekening :
 No. Rekening (Rupiah/USD*) :
 Nama Bank :
 Cabang :
 Unit:

*) Coret yang tidak perlu

Dokumen Terlampir :

1. Fotokopi Identitas Pemegang Polis
2. Polis asli
3. Lainnya, (jelaskan) _____

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

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 diatas, 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)

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 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.

Dibuat dan ditandatangani di _____ Tanggal _____

Tanda tangan Pemegang Polis

(_____)
Nama Jelas

Data Agen Nama Agen : _____ No. Agen : _____ Nama Leader : _____ Nomor telepon yang bisa dihubungi : Kantor : _____ Handphone : _____ <p style="text-align: right;">Tanda Tangan</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">(Nama Jelas)</p>	Diverifikasi oleh : <input type="checkbox"/> Agency <input type="checkbox"/> CCC <input type="checkbox"/> Pusat Nama : _____ Tanggal : _____ Telepon : _____ <p style="text-align: right;">Tanda Tangan</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">(Nama Jelas)</p>
--	--

Catatan diisi oleh Kantor Pusat	
1. _____	5. _____
2. _____	6. _____
3. _____	7. _____
4. _____	8. _____