

## FORMULIR PERMOHONAN PENYERAHAN POLIS SEBAGAI AGUNAN

Petunjuk Pengisian Formulir:

- Formulir ini **wajib** diisi dengan huruf CETAK dan LENGKAP
- Satu Formulir hanya berlaku untuk satu nomor polis pada PT Asuransi Allianz Life Indonesia ("Allianz")
- Mohon tidak menandatangani Formulir ini dalam keadaan kosong
- Mohon menandatangani setiap koreksi penulisan/ pengisian dalam bentuk coretan sesuai dengan spesimen tanda tangan
- Pastikan semua informasi yang dibutuhkan telah dipenuhi dan Anda telah membaca keseluruhan syarat dan ketentuan, serta pernyataan dan jaminan sebelum menandatangani
- Untuk mempercepat proses pengajuan Anda, harap melengkapi seluruh persyaratan yang tertera pada Formulir ini

**A. DATA PEMEGANG POLIS DAN BANK**

Saya/Kami yang bertandatangan di bawah ini :

Nomor Polis : \_\_\_\_\_  
Nama Pemegang Polis : \_\_\_\_\_  
Tempat/tanggal lahir : \_\_\_\_\_ Negara tempat lahir : \_\_\_\_\_  
Jenis Identitas :  KTP  SIM  Passport  KIMS  KITAS  KTP seumur hidup  
Nomor Identitas : \_\_\_\_\_  
Alamat pada Identitas : \_\_\_\_\_  
Kota : \_\_\_\_\_ Kode Pos : \_\_\_\_\_  
Provinsi : \_\_\_\_\_ Negara : \_\_\_\_\_  
Negara tempat tinggal : \_\_\_\_\_ Kewarganegaraan : \_\_\_\_\_  
untuk keperluan Pajak  
Nama Tertanggung : \_\_\_\_\_  
Produk Asuransi : \_\_\_\_\_  
Uang Pertanggungan : \_\_\_\_\_  
Masa Asuransi : \_\_\_\_\_

dengan ini mengajukan permohonan untuk Polis sebagaimana dimaksud di atas digunakan sebagai agunan atas pinjaman Saya/Kami kepada Kreditor sebagai berikut:

Nama Bank : \_\_\_\_\_  
Cabang : \_\_\_\_\_  
Alamat Bank : \_\_\_\_\_  
Kota : \_\_\_\_\_ Kode Pos : \_\_\_\_\_  
Provinsi : \_\_\_\_\_ Negara : \_\_\_\_\_  
No. Telepon : \_\_\_\_\_  
Jenis Pinjaman : \_\_\_\_\_  
Nomor Perjanjian Pinjaman : \_\_\_\_\_

**B. PERNYATAAN DAN JAMINAN**

Dengan ini Saya selaku Pemegang Polis/Tertanggung dan/atau Penerima Manfaat (untuk selanjutnya disebut sebagai "Saya") menyatakan dan menjamin bahwa:

1. Semua keterangan yang diberikan di dalam Formulir ini adalah benar dan tidak ada keterangan-keterangan dan hal-hal lain yang Saya sembunyikan, serta Saya sendiri yang menandatangani Formulir ini.
2. Segala risiko yang timbul sehubungan dengan pengajuan pada Formulir ini sepenuhnya merupakan tanggung jawab Saya, dan Saya melepaskan Allianz dari segala tanggung jawab, gugatan, kerugian dan/atau tuntutan dalam bentuk apapun dari pihak manapun termasuk Saya baik saat ini maupun di kemudian hari sehubungan dengan pengajuan pada Formulir ini.
3. Saya mengerti dan memahami bahwa pengajuan pada Formulir ini hanya akan diproses oleh Allianz setelah Formulir ini diisi dengan benar dan lengkap, serta seluruh dokumen yang dipersyaratkan disampaikan secara benar dan lengkap dan pengajuan akan diproses sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Allianz.
4. Saya dengan ini memberikan persetujuan dan izin, kepada Allianz untuk:
  - a. menyimpan dan memproses data dan/atau informasi pribadi Saya (termasuk data dan informasi kesehatan serta finansial Saya) dalam rangka dan/atau untuk setiap tujuan berikut ini:
    - (i) penilaian risiko asuransi;
    - (ii) kegiatan operasional Allianz;
    - (iii) pengajuan dan penanganan setiap klaim (termasuk namun tidak terbatas pada pemeriksaan dan investigasi klaim);
    - (iv) pembayaran manfaat asuransi/klaim;
    - (v) keperluan ko-asuransi termasuk penanganan klaim yang timbul atas ko-asuransi;
    - (vi) pelayanan nasabah termasuk penanganan keluhan/komplain;
    - (vii) pembayaran komisi;
    - (viii) kerja sama dalam rangka penemuan atau pencegahan penipuan dan kejahatan keuangan;
    - (ix) setiap proses hukum yang melibatkan Allianz dan/atau tenaga pemasarnya;
    - (x) kerja sama reasuransi dan/atau retrosesi;
    - (xi) kepatuhan terhadap perintah pengadilan, hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku; dan/atau
    - (xii) proses lainnya yang terkait dengan penyelenggaraan kegiatan asuransi.
  - b. mengungkapkan data dan/atau informasi pribadi Saya (termasuk data dan informasi kesehatan serta finansial Saya) kepada pihak-pihak berikut ini:
    - (i) ahli medis dan/atau pihak ketiga lainnya (termasuk mereka yang memberikan perawatan, pelayanan kesehatan dan/atau layanan lainnya kepada Saya);
    - (ii) setiap perusahaan (termasuk perusahaan penyedia layanan, perusahaan asuransi, dan perusahaan reasuransi), mitra, orang atau pihak ketiga yang ditunjuk dan/atau bekerja sama dengan Allianz;
    - (iii) perusahaan induk Allianz, afiliasi, anak perusahaan, agen dan perwakilannya dan/atau usaha patungan; dan/atau
    - (iv) otoritas, asosiasi asuransi dan/atau badan pemerintah (*regulator*), dalam rangka dan/atau untuk setiap tujuan sebagaimana yang diuraikan dalam butir 4 (a) di atas.
  - c. Menyimpan serta memproses data dan/atau informasi pribadi Saya (termasuk data dan informasi kesehatan serta finansial Saya) dan mengungkapkan data dan/atau informasi pribadi tersebut untuk menanggapi perintah pengadilan atau proses hukum atau permintaan dari regulator manapun atau pihak berwenang atau untuk melindungi terhadap penipuan atau aktivitas ilegal lainnya atau untuk tujuan manajemen risiko atau untuk memungkinkan Allianz untuk 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 dan CRS ("Kebutuhan Pelaporan Pertukaran Informasi Antar Negara"). Saya juga bersedia untuk memberikan informasi/dokumen yang diperlukan guna memenuhi kebutuhan terkait ("Informasi Terkait") dan dengan segera menyampaikan pengiklan data kepada Allianz jika ada perubahan atas Informasi Terkait tersebut.
5. Saya menyetujui bahwa apabila diperlukan Allianz dapat meminta dokumen pendukung lainnya dan/atau melakukan verifikasi dan konfirmasi sehubungan dengan pengajuan pada Formulir ini melalui media yang ditentukan oleh Allianz. Dalam hal dokumen pendukung lainnya tidak disampaikan oleh Saya dalam jangka waktu yang ditentukan oleh Allianz atau verifikasi dan konfirmasi tidak berhasil dilakukan oleh Allianz, maka proses pengajuan pada Formulir ini tidak dapat diproses lebih lanjut
6. Saya mengerti bahwa untuk mempelajari lebih lanjut tentang bagaimana Allianz melindungi data pribadi dan hak-hak saya dengan mengklik tautan berikut: <https://www.allianz.co.id/kebijakan-privasi.html>.

7. Apabila pembayaran yang dilakukan terdapat indikasi mencurigakan sebagaimana yang tercantum pada UU Pencegahan dan Pemberantasan Tindak Pidana Pencucian Uang & Pendanaan Terorisme, maka Penanggung dapat melakukan hal-hal yang dibutuhkan sebagaimana tercantum di dalam peraturan perundang-undangan tersebut.
8. Sehubungan dengan Peraturan Otoritas Jasa Keuangan tentang Penerapan Program Anti Pencucian Uang dan Pencegahan Pendanaan Terorisme di Sektor Jasa Keuangan:
  - a. Saya menyadari, mengerti dan memahami bahwa Saya memiliki kewajiban untuk senantiasa melakukan pengkinian data kepada Allianz dan menyerahkan salinan dokumen pendukung yang berlaku.
  - b. Saya juga setuju bahwa Allianz dapat menolak dan/atau membatalkan transaksi, apabila Saya (1) tidak melakukan pengkinian data; (2) diketahui dan/atau patut diduga menggunakan dokumen palsu atau menyampaikan informasi yang diragukan kebenarannya; (3) terdapat di dalam Daftar Terduga Teroris, Organisasi Teroris dan Proliferasi Senjata Pemusnah Massal; dan/atau (4) kondisi lainnya sebagaimana diatur pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.
9. Pembayaran Uang Pertanggungan
  - a. Saya menyetujui bahwa pembayaran Uang Pertanggungan akan dilakukan dengan ketentuan: (i) Uang Pertanggungan akan dibayarkan terlebih dahulu kepada Bank untuk pelunasan sisa pinjaman; dan (ii) dalam hal Uang Pertanggungan lebih besar dibandingkan dengan sisa pinjaman, maka selisih tersebut akan dibayarkan kepada Penerima Manfaat.
  - b. Saya memahami dan menyetujui untuk memastikan agar Polis tetap berlaku.
  - c. Saya memahami dan menyetujui bahwa Allianz memiliki kewenangan penuh dalam setiap proses klaim).
10. Saya mengakui dan menyetujui bahwa Formulir ini dapat ditandatangani dengan tanda tangan elektronik (baik seluruhnya atau sebagian), yang harus dianggap sebagai tanda tangan asli untuk semua tujuan dan yang memiliki kekuatan hukum yang sama dengan tanda tangan asli (basah). Saya mengakui dan menyetujui bahwa, dalam setiap proses hukum dalam setiap hal yang sehubungan dengan Formulir ini dan/atau produk asuransi dan/atau permohonan ini, Saya secara tegas mengesampingkan setiap hak untuk (i) mengajukan pembelaan atau pelepasan tanggung jawab/kewajiban; dan/atau (ii) membatalkan Formulir ini, atas alasan penandatanganan Formulir ini oleh Saya dengan tanda tangan elektronik.
11. Dengan menandatangani Formulir ini, maka Saya mengkonfirmasi keputusan untuk melanjutkan transaksi yang tercantum pada Formulir ini.
12. **Khusus untuk polis asuransi syariah**, jika proses permohonan penyerahan polis sebagai agunan ini belum selesai pada 31 Oktober 2023, maka pada tanggal 1 November 2023, PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia akan mengambil alih proses tersebut. Dalam hal ini, semua rujukan pada "PT Asuransi Allianz Life Indonesia" atau "Allianz" dalam Formulir ini dan dokumen pendukungnya akan dianggap merujuk pada "PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia".

Dibuat dan ditandatangani di \_\_\_\_\_ tanggal pengajuan (tanggal/bulan/tahun) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Tanda Tangan Pemegang Polis	Tanda Tangan Tertanggung	Menyetujui, Tanda Tangan Penerima Manfaat
_____ (Nama Lengkap)	_____ (Nama Lengkap)	_____ (Nama Lengkap)
Mengetahui, Tanda Tangan Pejabat Bank		
_____ (Nama Lengkap)		