

## FORMULIR SURAT KUASA - INDIVIDU

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 Syariah 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

**Perhatian :** - Formulir ini dipergunakan hanya untuk pembayaran yang ditujukan/ditransfer ke rekening lain selain rekening Peserta dan hanya dapat ditujukan kepada teraslahat/keluarga inti  
- Harap melampirkan copy KTP Pemberi Kuasa dan Pemilik Rekening yang masih berlaku

Saya/Kami yang bertandatangan di bawah ini, selaku Peserta : ("Pemberi Kuasa")

Nama : \_\_\_\_\_  
 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

Dengan ini memberikan kuasa kepada :

Nama : PT. Asuransi Allianz Life Indonesia ("Penerima Kuasa")  
 Alamat : World Trade Centre 3, lantai 10-15  
 Jl. Jenderal Sudirman kav. 29-31  
 Jakarta Selatan 12920, Indonesia  
 Telepon : AllianzCare Syariah 1500 139

Untuk dan atas nama Pemberi Kuasa melakukan pembayaran manfaat Polis PT. Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia yaitu (pilih salah satu):

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pembayaran Manfaat Habis Kontrak<br>(Maturity) | <input type="checkbox"/> Pembayaran Manfaat Tahapan Polis<br>(Anticipated Endowment) | <input type="checkbox"/> Penarikan Dana Investasi<br>(Withdrawal) |
| <input type="checkbox"/> Penebusan Polis<br>(Surrender)                 | <input type="checkbox"/> Permohonan Pinjaman Polis<br>(Policy Loan)                  | <input type="checkbox"/> Lain – lain : _____<br>_____             |

Nomor Polis \_\_\_\_\_ atas nama Peserta \_\_\_\_\_

Kepada yang tercantum di bawah ini ("Pemilik Rekening") :

Nama : \_\_\_\_\_  
 Tempat/tanggal lahir : \_\_\_\_\_ Negara tempat lahir : \_\_\_\_\_  
 Jenis Identitas  KTP  SIM  Passport  KIMS  KITAS  
 Nomor Identitas : \_\_\_\_\_  
 Alamat pada Identitas : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Kota : \_\_\_\_\_ Kode Pos : \_\_\_\_\_  
 Provinsi : \_\_\_\_\_ Negara : \_\_\_\_\_  
 Negara tempat tinggal : \_\_\_\_\_ Kewarganegaraan : \_\_\_\_\_  
 untuk keperluan Pajak

Nama Pemilik Rekening : \_\_\_\_\_  
 Nomor Rekening (Rupiah/USD\*) : \_\_\_\_\_  
 Nama Bank : \_\_\_\_\_  
 Cabang : \_\_\_\_\_

\*) Coret yang tidak perlu

Dokumen terlampir : 1.  Fotokopi kartu identitas Pemberi Kuasa  
 2.  Fotokopi kartu identitas Penerima Kuasa  
 3.  Lainnya, jelaskan \_\_\_\_\_

Catatan:

- Apabila Pemilik Rekening adalah warga negara/wajib pajak di luar negeri selain Indonesia yang merupakan Negara Mitra/Yurisdiksi Mitra, maka diwajibkan untuk mengisi bagian "DATA PERTUKARAN INFORMASI ANTAR NEGARA-INDIVIDU" pada formulir ini
- Apabila Pemilik Rekening adalah perusahaan, maka diwajibkan untuk mengisi "FORMULIR DATA PERTUKARAN INFORMASI ANTAR NEGARA-PERUSAHAAN (INSTITUSI)" ada formulir terpisah

**A. DATA PERTUKARAN INFORMASI ANTAR NEGARA-INDIVIDU**

Pemerintah Indonesia telah menyatakan tunduk pada ketentuan FATCA (*Foreign Account Tax Compliance Act*) dan CRS (*Common Reporting Standard*). FATCA bertujuan untuk meningkatkan kepatuhan pajak dari penduduk atau orang yang berkaitan (indicia) dengan Amerika Serikat yang berdomisili, memiliki aset atau berpenghasilan di luar Amerika.

CRS bertujuan untuk meningkatkan kepatuhan pajak dari warga negara mitra/yurisdiksi mitra yang memiliki aset atau penghasilan di luar negara domisili mereka. Negara Mitra/Yurisdiksi Mitra adalah negara atau yurisdiksi yang terikat dengan Pemerintah Indonesia dalam Perjanjian Internasional. Data berikut dibutuhkan sesuai ketentuan FATCA dan CRS yang berlaku.

1. Apakah Anda (Pemilik Rekening) adalah warga negara/wajib pajak di luar negeri selain Indonesia yang merupakan Negara Mitra/Yurisdiksi Mitra?  Ya  Tidak

2. Apakah alamat tempat tinggal berdasarkan identitas Anda sama dengan alamat korespondensi?  Ya  Tidak  
Jika "Tidak", mohon sebutkan alamat anda berdasarkan identitas. Jika "Ya" mohon lanjut ke pertanyaan ke-8

3. Alamat berdasarkan identitas : \_\_\_\_\_

4. Kota : \_\_\_\_\_ 5. Provinsi : \_\_\_\_\_

6. Kode Pos : \_\_\_\_\_ 7. Negara : \_\_\_\_\_

8. NPWP : \_\_\_\_\_

9. Informasi negara dimana Anda adalah sebagai wajib pajak selain Indonesia yang merupakan Negara Mitra/Yurisdiksi Mitra

Kode Negara	Tax Identification Number(TIN)/Nomor Wajib Pajak	A/B/C*	Penjelasan apabila memilih B

\*Penjelasan alasan apabila TIN/Nomor Wajib Pajak tidak tersedia

Kode Negara	Penjelasan
A	Negara Mitra/Yurisdiksi Mitra tidak mengeluarkan TIN kepada penduduknya
B	Peserta/Pemilik Rekening memang tidak dapat memperoleh TIN atau sejenisnya (Mohon jelaskan alasannya pada tabel di atas)
C	TIN tidak diwajibkan, hukum domestik dari negara/yurisdiksi yang bersangkutan tidak mewajibkan kelengkapan TIN

Jika formulir ini tidak mencukupi, dapat dibuat salinan (copy) untuk diisi

Untuk keperluan **FATCA**, isilah dengan memberi tanda  pada kotak jawaban yang sesuai

PERTANYAAN	YA	TIDAK
10. Apakah negara penerbit identitas Anda adalah Amerika Serikat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Apakah Anda lahir di Negara Amerika Serikat/Puerto Rico/American Samoa/United States Minor Outlying Islands/Kepulauan Virgin/Guam/Kepulauan Mariana Utara?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jika terdapat jawaban "Ya" pada salah satu dari pertanyaan 10 - 11 di atas, mohon menjawab pertanyaan berikut:

PERTANYAAN	YA	TIDAK
12. Apakah Anda memiliki ijin tinggal di Amerika Serikat (US green card)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Apakah Anda merupakan penduduk tetap berstatus asing di Amerika Serikat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Apakah Anda pembayar pajak ke Amerika Serikat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jika terdapat jawaban "Ya" pada salah satu dari pertanyaan 12-14 di atas, mohon untuk 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)

## B. PERNYATAAN PEMBERI KUASA & PEMILIK REKENING

Pemberi Kuasa dan/atau Pemilik Rekening ("Saya") dengan ini menyatakan bertanggung jawab terhadap kebenaran data yang diberikan dalam Formulir Surat Kuasa – Individu ini ("Formulir") dan membebaskan Penerima Kuasa sepenuhnya dari kerugian dan/atau tuntutan dari pihak manapun yang timbul dari kesalahan pengisian Formulir ini dan/atau kesalahan pengiriman dana yang dilakukan oleh bank dan/atau keterlambatan penerimaan manfaat polis, serta Saya dengan ini membebaskan Penerima Kuasa dari kewajiban mengulangi apapun untuk proses pembayaran yang telah dilakukan berdasarkan informasi yang diberikan pada Formulir ini dan/atau hal-hal lain di luar kuasa dan tanggung jawab Penerima Kuasa.

1. Semua keterangan yang diberikan di dalam Formulir ini (serta surat, formulir dan/atau dokumen lainnya sehubungan dengan Formulir ini) adalah benar dan tidak ada keterangan-keterangan dan hal-hal lain yang Saya sembunyikan, serta Saya sendiri yang menandatangani Formulir ini (serta surat, formulir dan/atau dokumen lainnya sehubungan dengan 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 seluruh dokumen yang dipersyaratkan disampaikan secara benar dan lengkap dan pengajuan akan diproses sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Allianz.
4. 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.
5. 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 5 (a).
  - 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 pengkinian data kepada Allianz jika ada perubahan atas Informasi Terkait tersebut.
6. Saya mengerti bahwa untuk mempelajari lebih lanjut tentang bagaimana Allianz melindungi data pribadi dan hak-hak saya dengan mengakses 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. Dengan menandatangani Formulir ini, maka Saya mengkonfirmasi keputusan untuk melanjutkan transaksi yang tercantum pada Formulir ini.
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 pemohonan 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.

Demikian Formulir (dan surat kuasa di dalamnya) ini dibuat dalam keadaan sehat dan sadar, tanpa tekanan ataupun paksaan dari pihak manapun.

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

Tanda Tangan  
Pemberi Kuasa

Tanda Tangan  
Pemilik Rekening

Materai Rp. 10,000, -

\_\_\_\_\_  
(Nama lengkap)

\_\_\_\_\_  
(Nama Lengkap)

<p><u>Data Tenaga Pemasar</u></p> <p>Nama Tenaga Pemasar : _____</p> <p>Nomor telepon/handphone: _____</p> <p>Nama Leader : _____</p> <p>Nomor telepon/handphone: _____</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">Tanda Tangan</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">_____ (Nama Lengkap)</p>	<p>Diverifikasi oleh : <input type="checkbox"/> Agency    <input type="checkbox"/> Allianz Center</p> <p>Nama : _____</p> <p>Tanggal : _____</p> <p>Telepon : _____</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">Tanda Tangan</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">_____ (Nama Lengkap)</p>								
<p>Catatan diisi oleh Kantor Pusat</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. _____</td> <td style="width: 50%;">5. _____</td> </tr> <tr> <td>2. _____</td> <td>6. _____</td> </tr> <tr> <td>3. _____</td> <td>7. _____</td> </tr> <tr> <td>4. _____</td> <td>8. _____</td> </tr> </table>		1. _____	5. _____	2. _____	6. _____	3. _____	7. _____	4. _____	8. _____
1. _____	5. _____								
2. _____	6. _____								
3. _____	7. _____								
4. _____	8. _____								