FORMULIR
PERUBAHAN PEMEGANG POLIS

Saya sebagai Pemegang Polis yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : _____ Nomor Polis : _____

DATA CALON PEMEGANG POLIS BARU

1. Nama (sesuai Identitas diri terlampir) : _____
2. Jenis Kelamin : ☐ Laki-laki ☐ Perempuan
3. Tempat dan Tanggal Lahir : _____, _____/_____/_____(dd/mm/yyyy)
4. Hubungan dengan Pihak Yang Diasuransikan : ☐ Diri Sendiri ☐ Suami/Istri ☐ Orang tua/Anak ☐ Kakak/Adik ☐ Lainnya _____
5. Status : ☐ Belum menikah ☐ Menikah ☐ Duda/Janda
6. Nama Gadis Ibu Kandung : _____
7. Kewarganegaraan : ☐ WNI ☐ WNA_____(jika WNA, lampirkan Foreigner Kuesioner)
8. Pendidikan formal terakhir : ☐ SD ☐ SMP ☐ SMU ☐ D3 ☐ S1/S2/S3
9. Nama Perusahaan : _____
10. Bidang Usaha : _____
11. Jabatan & Uraian Pekerjaan : _____
12. Kelas Pekerjaan : ☐ Kelas 1 ☐ Kelas 2 ☐ Kelas3
13. Alamat Tempat Tinggal Sekarang : _____

    Kota :_____Kode Pos :_____Negara : _____

    No.Telp :_____-_____No. HP :_____- _____
14. Alamat Surat Menyurat (Lengkapi, bila berbeda dengan alamat tempat tinggal sekarang) : ☐ Tempat Tinggal ☐ Kantor ☐ Lainnya

    _____

    Kota :_____Kode Pos :_____Negara : _____

    No.Telp :_____-_____No. HP :_____- _____
15. Alamat E-mail : _____
16. Nomor WhatsApp : _____
17. NPWP (Nomor Pokok Wajib Pajak) : _____
18. Sumber Penghasilan : ☐Gaji ☐Tabungan/Deposito ☐Warisan ☐Hibah ☐Hasil Usaha ☐Lainnya _____
19. Perkiraan Penghasilan Kotor Per tahun : ☐ < Rp.10 juta ☐ > Rp.50 juta – Rp.100 juta ☐ > Rp.300 juta – Rp.500 juta
    ☐ Rp.10 juta – Rp.50 juta ☐ > Rp.100 juta – Rp.300 juta ☐ > Rp.500 juta
20. Data Rekening Pada Bank : Nama Pemilik Rekening: _____

    Nama Bank:_____Cabang : _____

    No.Rekening :_____Mata Uang Rekening : _____
21. Wajib Pajak Negara Asing : ☐ Tidak ☐ Ya (jika ya, mohon mengisi form dibawah ini)

Negara/Jurisdiksi dari Tax Residence	Tax Identification Number (TIN)	Mohon penjelasan apabila Anda tidak dapat menginformasikan

- Isi & lampirkan Formulir W8BEN apabila Anda bukan Warga Negara Amerika Serikat ataupun bukan pemegang Green Card Amerika Serikat, atau formulir W8BEN-E untuk wajib pajak Badan Usaha di Amerika Serikat.
- Isi & lampirkan Formulir W9 apabila Anda Warga Negara Amerika Serikat atau Warga Negara dari daerah teritori di Amerika Serikat ataupun Pemegang Green Card Amerika Serikat termasuk apabila Anda merupakan pemilik visa kerja yang masih berlaku di Amerika SSerikat.
- Untuk mengunduh Formulir W8BEN, W8BEN-E, dan W9, Anda dapat mengakses di website https://www.irs.gov/businesses/corporations/fatca-related-forms

FORMULIR
PERUBAHAN PEMEGANG POLIS

PaninDai-ichiLife Syariah

DEKLARASI PERNYATAAN DIRI (SELF CERTIFICATION)

Dengan menandatangani deklarasi dibawah dan/atau melengkapi Formulir ini, Saya menyatakan :

1. Saya mengerti bahwa informasi yang Saya berikan dalam Formulir ini dan formulir tambahan lainnya dilindungi oleh Syarat dan Ketentuan yang mengatur hubungan antara Saya dengan Perusahaan serta mengatur bagaimana Perusahaan akan menggunakan dan membagikan informasi yang telah diberikan;
2. Saya mengerti bahwa Perusahaan mempunyai kewajiban untuk memenuhi ketentuan baik dari badan pemerintahan lokal maupun asing (termasuk Otoritas Perpajakan lokal dan asing) serta kewajiban hukum lainnya dari waktu ke waktu termasuk namun tidak terbatas pada pembagian informasi pelaporan pajak yang terdapat dalam Formulir ini dan formulir tambahan lainnya serta informasi mengenai diri Saya dan Pihak yang dapat dilaporkan kepada Otoritas Pajak Negara Indonesia dan/atau Otoritas Pajak Negara lain dan/atau dipertukarkan dengan Otoritas Pajak Negara lain atau Negara/Yurisdiksi dimana Saya menjadi wajib pajak sesuai dengan perjanjian antar pemerintah untuk pertukaran informasi rekening keuangan dan pemotongan atas pembayaran yang harus dibayarkan kepada Saya dari Perusahaan dari waktu ke waktu (sesuai ketentuan hukum dan peraturan perundang-undangan);
3. Saya mengerti, menyetujui, memberi kuasa dan menginstruksikan Perusahaan secara sukarela terkait dengan informasi yang Saya berikan dalam Formulir ini dan informasi terkait lainnya atas rekening lain yang Saya miliki di Perusahaan (apabila ada) akan diberikan dan digunakan oleh Perusahaan dan dibagikan ke pihak lain baik lokal maupun asing untuk memenuhi persyaratan hukum termasuk ke Otoritas Pajak Negara Yurisdiksi dimana Saya menjadi wajib pajak dan Saya menyetujui dengan sukarela dan tidak dapat dicabut kembali untuk memberikan informasi yang diperlukan kepada Perusahaan dari waktu ke waktu apabila diperlukan;
4. Saya akan memberitahu Perusahaan dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kalender atau sesegera mungkin atas perubahan informasi yang telah Saya berikan ke Perusahaan termasuk setiap kondisi yang menyebabkan status pajak Saya yang telah diungkapkan di dalam Formulir ini dan formulir tambahan lainnya menjadi tidak benar atau tidak lengkap dan setiap kondisi yang dapat menyebabkan perubahan status domisili Saya seperti namun tidak terbatas pada perubahan tempat tinggal, alamat, nomor telpon dan kewarganegaraan serta untuk memberikan Perusahaan Formulir dan deklarasi yang sesuai dan terkini;
5. Saya dengan ini secara tidak dapat ditarik kembali menyatakan melepaskan hak-hak yang mungkin Saya miliki yang akan dapat mencegah Perusahaan untuk memenuhi ketentuan hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
6. Saya mengerti dan menyetujui bahwa Perusahaan dapat memotong atau menahan pembayaran kepada Saya atau Perusahaan berhak menunda atau mengakhiri Polis secara sepihak dan tidak akan melayani segala bentuk jenis transaksi baru dan pembukaan Polis baru berdasarkan syarat dan ketentuan yang berlaku di Perusahaan jika Saya (atau setiap pengganti atau penerima pembayaran yang diatur dalam syarat dan ketentuan Polis) gagal atau keberatan untuk memberikan informasi yang diperlukan di atas atau jika pada setiap waktu Saya (atau setiap pengganti atau penerima pembayaran yang diatur dalam syarat dan ketentuan Polis) menarik persetujuan atau menyanggah pernyataan yang diberikan di atas;
7. Saya bersedia untuk memberikan pernyataan tertulis kepada Perusahaan jika Saya keberatan untuk memberikan segala informasi yang diperlukan di atas;
8. Saya menjamin bahwa semua informasi yang Saya berikan pada Formulir ini, termasuk informasi terkait perpajakan adalah benar, lengkap dan dapat dipertanggungjawabkan;
9. Saya menyatakan bahwa nomor telephone, nomor handphone, alamat korespondensi dan alamat email yang saya cantumkan dalam formulir ini, beserta dengan perubahan atau penambahan dapat digunakan oleh Pengelola untuk melakukan pelayanan nasabah (Service) atas asuransi ini;
10. Saya mengerti bahwa informasi yang Saya berikan ini akan batal demi hukum, apabila di kemudian hari diketahui bahwa keterangan dan/atau pernyataan dan/atau pemberitahuan yang disampaikan ternyata keliru, atau ditemukan adanya dokumen lain yang sah secara hukum dan membatalkan dokumen yang telah diberikan;
11. Saya menyetujui hanya akan melakukan pembayaran ke rekening Pengelola, Saya menyatakan tidak akan melakukan pembayaran kontribusi melalui perantaraan tenaga penjual (dan/agen), pelanggaran atas ketentuan ini akan menjadi risiko dan tanggung Jawab Saya sepenuhnya;
12. Saya setuju bahwa Perusahaan dapat mengganti data Polis, dengan data yang tertera pada formulir ini (sebagaimana mestinya), apabila diketahui data Saya pada Polis yang diterbitkan Perusahaan berbeda dengan data yang tertulis pada formulir ini;
13. Saya memberikan kuasa kepada pengelola untuk memberikan data atas Polis atau keterangan/Informasi mengenai diri Saya yang tersedia, diperoleh atau disimpan oleh pengelola (sesuai yang tercantum didalam Formulir ini) kepada pihak lain (termasuk tapi tidak terbatas pada Perusahaan reasuransi, Perusahaan asuransi, lembaga bank, atau badan hukum lain, baik dalam maupun luar negri) yang memiliki hubungan kerjasama (dengan Pengelola dalam rangka pelayanan nasabah, termasuk namun tidak terbatas pada pengajuan permohonan ini, pembayaran klaim, dan penyampaian informasi lainnya terkait dengan asuransi ini;
14. Saya memberikan kuasa pada setiap lembaga, badan hukum, Perusahaan, profesi maupun perorangan yang mengetahui atau mempunyai catatan riwayat kesehatan Saya untuk mengungkapkannya kepada pengelola atau pihak lainnya yang diberikan kuasa olehnya, baik semasa hidup Pihak Yang Diasuransikan Utama atauPihak Yang Diasuransikan Tambahan maupun sesudah Pihak Yang Diasuransikan Utama atau Pihak Yang Diasuransikan Tambahan meninggal dunia;
15. Saya memahami bahwa segala risiko yang timbul termasuk diakibatkan karena formulir ini ditandatangani dalam keadaan kosong/belum terisi lengkap menjadi tanggung jawab Saya.

	Pemegang Polis Lama	Pemegang Polis Baru	
Ditandatangani di _____ Tanggal_____/_____/_____ Lampirkan fotokopi identitas diri	_____ Tanda Tangan & Nama Jelas	_____ Tanda Tangan & Nama Jelas	SO / GA _____ Nama Staf _____ Tgl diterima_____/_____/_____

Jangan menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong