

FORMULIR PERUBAHAN PEMBAYAR PREMI/KONTRIBUSI



- A. Gunakan **pulpen hitam**, formulir diisi **huruf cetak**, dengan tulisan **tidak keluar dari kotak**.
 B. Setiap bentuk coretan atau penebalan pada formulir harus ditandatangani oleh Pemegang Polis.
 C. Beri tanda (✓) pada kolom yang sesuai dengan jawaban Anda.

Nomor Polis
 Nama Pemegang Polis
Lampirkan fotokopi KTP/Paspor

DATA PRIBADI

CALON PEMBAYAR PREMI/KONTRIBUSI

Nama Lengkap *(sesuai KTP/Paspor)*

Jenis Kelamin ☐ Pria ☐ Wanita Status Pernikahan ☐ Menikah ☐ Belum Menikah ☐ Janda/Duda

Tempat Lahir Tanggal Lahir *tgl* *bln* *thn*

Negara Lahir Kewarganegaraan

Jenis Identitas ☐ KTP *(Khusus WNI)* ☐ Paspor *(Khusus WNA)* No. Identitas

Alamat Sesuai Identitas

Kelurahan Kecamatan

Kota Provinsi

Negara Domisili* Kode Pos

Nomor Handphone *+62* Telp. Rumah *Kode Area* -

Alamat Email

Pekerjaan *Uraian Pekerjaan : (Contoh: Admin, dalam ruangan, alat berat, dsb)*

Bidang Usaha

Nama Perusahaan/Sekolah

Jabatan

Hubungan dengan Pemegang Polis *(Lampirkan dokumen bukti hubungan)* ☐ Suami/Istri ☐ Orang Tua ☐ Anak ☐ Saudara Kandung ☐ Lainnya,

Alasan Bersedia Menjadi Pembayar Premi/Kontribusi *Uraian Alasan:*

Sumber Penghasilan ☐ Gaji ☐ Hasil Investasi ☐ Bisnis Pribadi ☐ Bonus Komisi ☐ Lainnya,

Nominal Penghasilan Kotor *(Per Tahun, dalam Rupiah)* ☐ ≤12 Juta ☐ 12 Juta - 60 Juta ☐ 60 Juta - 120 Juta ☐ 120 Juta - 300 Juta ☐ 300 Juta - 500 Juta ☐ >500 Juta, Sebutkan,

WAJIB DIISI JIKA CALON PEMBAYAR PREMI/KONTRIBUSI ADALAH PERUSAHAAN/YAYASAN/INSTANSI

No. Akta Pendirian Perusahaan

Anggaran Dasar

No. SIUP/SITU/NIB

No. NPWP

Jenis Perusahaan/Badan Hukum ☐ PT ☐ Yayasan ☐ BUMN ☐ Lainnya

Aset Perusahaan *(dalam Rupiah)* ☐ <500 Juta ☐ 500 Juta - 3 Milyar ☐ 3 Milyar - 5 Milyar ☐ >5 Milyar, Sebutkan,

DEKLARASI PEP

Apakah Anda selaku calon Pembayar Premi/Kontribusi merupakan Orang Yang Populer Secara Politis (Politically Exposed Person/PEP)? ☐ Ya ☐ Tidak

DEFINISI TERKAIT PEP

PEP adalah orang yang diberi kewenangan untuk melakukan fungsi penting oleh negara seperti kepala negara atau pemerintahan, politisi senior, pejabat pemerintah senior, pejabat militer/atau pejabat di bidang penegakan hukum, eksekutif senior pada perusahaan yang dimiliki oleh negara, pejabat penting dalam partai politik, dan orang yang diberi kewenangan untuk melakukan fungsi penting oleh organisasi internasional (Mengacu kepada POJK No. 12/POJK.01/2017 tentang Penerapan Program APU dan PPT di Sektor Jasa Keuangan).

INFORMASI FATCA (FOREIGN ACCOUNT TAX COMPLIANCE ACT) dan/atau CRS (COMMON REPORTING STANDARD)

Berdasarkan ketentuan *Foreign Account Tax Compliance Act of United States of America* (FATCA) dan/atau *Common Reporting Standard* (CRS), PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia mewajibkan Anda untuk menjawab pertanyaan di bawah ini:

- Apakah Calon Pemegang Polis dan/atau Calon Penerima Manfaat dalam SPAJ ini memiliki kewajiban pajak (*tax residency*) di negara selain Indonesia?
- Apakah Calon Pemegang Polis dan/atau Calon Penerima Manfaat dalam SPAJ ini membayar pajak di Amerika Serikat atau memiliki penghasilan yang menjadi objek pajak di Amerika Serikat?

- ☐ Ya, atas salah satu atau kedua pertanyaan
(Harap mengisi tabel Negara/Yurisdiksi kewajiban pajak di bawah ini)
- ☐ Tidak keduanya

NEGARA/YURISDIKSI TEMPAT KEWAJIBAN PAJAK

Penjelasan Tambahan Pengisian Kolom

- Apabila Nomor Wajib Pajak ("TIN") tidak tersedia, harap memberikan alasan A, B, atau C.
- Untuk Wajib Pajak Amerika Serikat harus mencantumkan TIN.

Alasan	Penjelasan
A	Negara dimana pemegang rekening bertanggung jawab untuk membayar dan/atau melaporkan pajak tidak mengeluarkan TIN
B	Pemegang rekening tidak dapat memperoleh TIN (Jelaskan alasan tidak dapat memperoleh TIN pada kolom di bawah ini)
C	TIN tidak diperlukan oleh negara/yurisdiksi yang terkait

No.	Nama Lengkap	Negara/Yurisdiksi Tempat Kewajiban Pajak	No. Wajib Pajak (TIN)	Apabila tidak memiliki Nomor Wajib Pajak, isi dengan Alasan A/B/C	Uraian Alasan atas jawaban tidak memiliki TIN

PERNYATAAN TERKAIT FATCA/CRS

☐ Saya/Kami Setuju

Berdasarkan ketentuan *Foreign Account Tax Compliance Act* (FATCA) dan/atau *Common Reporting Standard* (CRS), maka dengan ini Saya/Kami menyatakan dan menjamin bahwa Nomor Identitas Pajak informasi dan data atas diri Saya/Kami yang diserahkan oleh Saya/Kami kepada Generali Indonesia adalah benar dan wajib memberikan pemberitahuan atas perubahan yang berhubungan dengan data pribadi dan status kepada Generali Indonesia dalam waktu 30 (tiga puluh) hari setelah perubahan atau apabila Saya/Kami menjadi wajib pajak di lebih dari satu negara dan dalam waktu tertentu. Pembaharuan status merupakan tanggung jawab Saya/Kami dan bukan merupakan tanggung jawab Generali Indonesia. Untuk kepentingan pelaporan terkait Rekening Keuangan milik Saya/Kami, Saya/Kami bersedia menandatangani dokumen-dokumen yang dipersyaratkan dan memberikan kuasa dan wewenang kepada Generali Indonesia untuk menggunakan data, informasi diri dan segala perubahan yang terjadi kepada pihak yang berwenang terkait FATCA dan CRS dalam rangka pelaporan.

PERNYATAAN PEMBAYAR PREMI/KONTRIBUSI

- Saya/Kami menyatakan bahwa telah membaca, mengerti dan menjawab seluruh pertanyaan pada formulir ini dengan lengkap dan benar, serta telah membaca dan memeriksa kembali seluruh keterangan beserta dengan kebenarannya sebelum menandatangani formulir ini. Saya juga memahami bahwa jawaban yang saya sampaikan pada formulir ini menjadi dasar Pertanggungan yang tidak terpisahkan dari Polis terkait.
- Dengan ini, Saya/Kami memberi kuasa kepada PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia ("Generali Indonesia") atau pihak yang diberikan kuasa untuk memverifikasi data yang telah Saya/Kami berikan kepada pihak manapun dan memperoleh seluruh catatan serta keterangan mengenai diri Saya/Kami dari perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Instansi Pemerintah, Perorangan, atau Organisasi lainnya;
- Saya mengerti bahwa sebagai Pembayar Premi/Kontribusi, Saya tidak berhak atas pembayaran apapun terkait manfaat Polis.
- Telah menyetujui bahwa PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia ("Generali Indonesia") akan mengirimkan pemberitahuan melalui e-mail atau alamat korespondensi sesuai dengan yang terdaftar pada sistem.
- Telah memahami akan kewajiban Saya dalam bertindak dengan itikad terbaik (*utmost good faith*) dalam setiap pengajuan Formulir Perubahan Polis. Oleh karena itu, Saya memahami bahwa Saya wajib mengungkapkan secara benar dan lengkap seluruh fakta material, yaitu data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan, dan fakta ("Informasi Konsumen") yang dapat mempengaruhi pertimbangan Generali Indonesia sebagai "Penanggung" dalam menerima atau menolak pengajuan tersebut dan/atau menetapkan jumlah Premi.
- Akan menjamin bahwa seluruh Informasi Konsumen yang disampaikan dalam formulir Perubahan Polis ini, serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang dipersyaratkan oleh Penanggung ("Dokumen Permohonan") sebagai bagian dari pengajuan Formulir Perubahan Polis adalah lengkap, benar, akurat, terkini, sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan konsisten antara satu dengan lainnya, dan tidak ada Informasi Konsumen yang Saya sembunyikan, baik dengan sengaja maupun tidak sengaja. Apabila suatu Informasi Konsumen tersebut ternyata tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini, tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya, atau terdapat suatu Informasi Konsumen yang saya sembunyikan, dengan menandatangani Formulir Perubahan Polis ini, Saya **SEPAKAT DAN MENSETUJUI** jika Generali Indonesia melakukan hal-hal berikut:
 - Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh maupun sebagian Manfaat Asuransi;
 - Membatalkan Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada Asuransi atau= Pertanggungan baik dasar maupun Tambahan dengan pengembalian Premi atau Biaya asuransi dari Asuransi atau Polis dasar maupun tambahan yang telah dibayarkan setelah dikurangi dengan biaya pemeriksaan kesehatan, Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan, serta biaya yang timbul pada saat penerbitan Polis (jika ada);
 - Mengakhiri Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada asuransi maupun pertanggungan tambahan), tanpa kewajiban untuk mengembalikan Premi dan/atau Biaya Asuransi apabila terdapat unsur penipuan, pemalsuan, atau kesalahan yang disengaja dalam pemberian setiap Informasi Konsumen yang tercantum dalam Dokumen Permohonan, atau apabila terdapat penyembunyian suatu Informasi Konsumen yang sebenarnya dalam Dokumen Permohonan. Atas pengakhiran tersebut, Saya juga menyetujui bahwa Generali Indonesia hanya akan membayarkan Nilai Tunai (jika ada).
 - Melakukan penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), dan menambahkan syarat dan ketentuan tambahan dalam Polis Asuransi baik dasar maupun tambahan, termasuk menambahkan risiko yang dikecualikan, menyesuaikan Uang Pertanggungan, dan/atau menyesuaikan jumlah Premi atau Biaya Asuransi yang harus dibayar; dan/atau
 - Menagih kekurangan Premi maupun Biaya Asuransi dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), jumlah Premi dan/atau Biaya Asuransi yang harus dibayarkan lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. Generali Indonesia juga berhak untuk melakukan *set-off***** atas kekurangan pembayaran tersebut dengan nilai tunai yang ada dalam Polis (jika ada) dan/atau Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan. Atas hal tersebut, Saya wajib membayarkan kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi (jika ada).
- Sehubungan dengan klausul pembatalan atau pengakhiran Polis sebagaimana disebutkan di atas, Saya/Kami dengan ini menegaskan bahwa:
 - Penandatanganan Formulir Perubahan Polis ini merupakan persetujuan Saya/Kami atas pembatalan atau pengakhiran Polis oleh Generali Indonesia dalam hal terjadi hal-hal yang telah disebutkan pada butir (6) di atas; dan
 - Saya/Kami setuju untuk mengesampingkan ketentuan Pasal 1266 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata dan/atau ketentuan peraturan perundang-undangan lainnya yang mempersyaratkan pengakhiran atau pembatalan Polis harus didasarkan pada putusan pengadilan.

***Menutup kekurangan pembayaran dengan manfaat yang akan diterima oleh Penerima Manfaat

TANDA TANGAN PEMBAYAR PREMI/KONTRIBUSI

Mohon tanda tangan sesuai dengan kartu identitas yang dilampirkan. Tanda tangan ini akan menjadi spesimen Anda di kemudian hari.

Tempat Waktu *tgl* *bln* *thn*

Pemegang Polis	Calon Pembayar Premi/Kontribusi	Tenaga Pemasar
(Nama Jelas dan Tanda Tangan)	(Nama Jelas dan Tanda Tangan)	(Nama Jelas dan Tanda Tangan)