

Formulir Keterangan Tambahan Untuk Beneficial Owner

Perhatian

- Untuk informasi FATCA/CRS BO non-perorangan wajib mengisi dan menandatangani Formulir Deklarasi FATCA dan/atau CRS Non-Perorangan.
- Mohon dibaca sebelum Anda menandatangani dan menyerahkan Formulir ini.
- Anda wajib mengisi dengan benar dan lengkap untuk semua pertanyaan di bawah ini, apabila sesuai dengan pengajuan asuransi Anda.
- Anda wajib menandatangani apabila ada koreksi penulisan/coretan atas pengisian yang telah Anda lakukan.

Sehubungan dengan ketentuan Foreign Account Tax Compliance Act of United States of America (FATCA) dan/atau Common Reporting Standard (CRS), FWD Insurance Indonesia ("FWD Insurance") mewajibkan Anda untuk menjawab pertanyaan di bawah ini:

- Apakah Anda bertindak untuk dan atas nama memiliki kewajiban pajak (*tax residency*) di negara selain Indonesia?
- Apakah Anda sebagai pembayar pajak Amerika Serikat atau memiliki penghasilan yang menjadi objek pajak di Amerika Serikat?

Ya atas salah satu atau kedua pertanyaan di atas (wajib mengisi tabel Negara/Yurisdiksi tempat kewajiban pajak) Tidak atas kedua pertanyaan di atas

Data (Calon) Pemegang Polis dan Tertanggung

1. Nomor SPA/SPAJ	:	<input type="text"/>
2. Nama (calon) Pemegang Polis	:	<input type="text"/>
3. Nama (calon) Tertanggung	:	<input type="text"/>

Pertanyaan Yang Berhubungan Dengan Beneficial Owner* (Wajib diisi pada setiap pengajuan asuransi)

- | | | |
|--|-----------------------------|--------------------------------|
| A. Apakah Anda Pemilik sebenarnya dari dana yang ditempatkan pada Penanggung?
(hanya berlaku untuk pembayaran transaksi yang diajukan)
Bila Ya, hubungan dengan Pemegang Polis : _____ | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| B. Apakah Anda mengendalikan transaksi Polis?
Bila Ya, hubungan dengan Pemegang Polis : _____ | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| C. Apakah Anda memberikan kuasa untuk melaksanakan transaksi?
Bila Ya, hubungan dengan Pemegang Polis : _____ | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| D. Apakah Anda melakukan pengendalian atas Polis melalui Badan Hukum atau Perjanjian?
Bila Ya, hubungan dengan Pemegang Polis : _____ | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |

Bila jawaban "Ya" mohon lengkapi data-data berikut pada bagian A atau B dibawah ini:

Keterangan:

Bagian A/B/C atau D diperuntukkan bagi 1 Beneficial Owner. Apabila jawaban "Ya" lebih dari 1 dan hubungan Beneficial Owner dengan Pemegang Polis pada masing-masing jawaban berbeda maka Pemegang Polis dan Beneficial Owner wajib mengisi dan melengkapi data Beneficial Owner tipe A/B/C/D pada formulir secara terpisah.

A. Beneficial Owner Perorangan

(Diisi apabila Beneficial Owner adalah pihak perorangan)

1. Gelar	<input type="text"/>
Nama Depan <i>(sesuai Kartu Identitas)</i>	<input type="text"/>
Nama Tengah <i>(sesuai Kartu Identitas)</i>	<input type="text"/>
Nama Belakang <i>(sesuai Kartu Identitas)</i>	<input type="text"/>
2. Tempat Lahir	<input type="text"/>
Tanggal Lahir <i>(tgl-bln-thn)</i>	<input type="text"/>
Negara Tempat Lahir	<input type="text"/>
3. Kewarganegaraan	<input type="checkbox"/> WNI <input type="checkbox"/> WNA, sebutkan <input type="text"/>
4. Jenis Identitas	<input type="checkbox"/> KTP <input type="checkbox"/> Paspor
No. Identitas	<input type="text"/>
Masa Berlaku <i>(tgl-bln-thn)</i>	<input type="text"/>
No. KIMS/KITAS <i>(Khusus WNA)</i>	<input type="text"/>
Masa Berlaku <i>(tgl-bln-thn)</i>	<input type="text"/>
5. Jenis Kelamin	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
6. Status Perkawinan	<input type="checkbox"/> Kawin <input type="checkbox"/> Belum Kawin <input type="checkbox"/> Janda/Duda

PT FWD Insurance Indonesia

Pacific Century Place, Lantai 20
SCBD Lot 10, Jl. Jend. Sudirman Kav. 52-53
Jakarta Selatan 12190, Indonesia
P 1 500 525 M (+62) 8551500525
E CustomerCare.id@fwd.com

Bebaskan langkah
fwd.co.id

7. Apakah Anda bekerja? Ya Tidak

8. Nama Instansi/
Perusahaan

Sektor Pekerjaan

Jenis Industri

Jenis Pekerjaan

Posisi/Golongan

9. Jelaskan Detil
Pekerjaan Anda

10. Kelas Pekerjaan
(sesuai Ketentuan Underwriting) Kelas I Kelas II Kelas III Kelas IV

11. Jumlah Penghasilan
Bruto per bulan
(dalam Jutaan Rupiah)

12. Alamat Tempat Tinggal
Saat Ini

Kota

Propinsi

Kode Pos

Negara

13. No. Telepon Rumah

No. Ponsel

14. Alamat Tempat Bekerja

Kota

Propinsi

Kode Pos

Negara

15. No. Telepon
Tempat Bekerja

16. Alamat *Email/Surel*

17. NPWP

Tujuan Pengajuan Asuransi

Sehubungan dengan pelaksanaan Peraturan Otoritas Jasa Keuangan mengenai Penerapan Program Anti Pencucian Uang dan Pencegahan Pendanaan Terorisme di Sektor Jasa Keuangan, FWD Insurance menerapkan kewajiban bagi Anda untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan di bawah ini

Tujuan pengajuan asuransi: *(Pilihan dapat lebih dari satu)*

- Asuransi Tabungan Pendidikan Pensiun
 Lainnya, sebutkan _____

Sumber Dana Pembayaran Premi *(Pilihan dapat lebih dari satu)*

- Gaji Suami/Istri Hasil Investasi Bisnis Pribadi Bonus/Insentif/Komisi
 Penarikan/pembatalan Polis Asuransi Lain dalam waktu 6 bulan sebelum/setelah pengajuan Polis asuransi ini
 Lainnya, sebutkan _____

B. Beneficial Owner Non Perorangan Untuk Proses Pengenalan Data Nasabah (KYC) (Diisi apabila Beneficial Owner adalah Perusahaan/Yayasan/Perkumpulan/Instansi)

1. Nama Perusahaan/Yayasan/Perkumpulan/Instansi :

2. Alamat Lengkap :
 RT/RW:
 Kota :
 Propinsi :
 Kodepos :
 Negara :
 Telepon : - Faksimili :
 kode area

3. Tanggal Pendirian : - - (tgl-bln-thn)

4. Negara Tempat Pendirian :

5. Bidang Usaha :

6. No. Akte Pendirian/Anggaran Dasar :

7. NPWP :

8. Nomor Izin Usaha :

Tujuan Pengajuan Asuransi

Sehubungan dengan pelaksanaan Peraturan Otoritas Jasa Keuangan mengenai Penerapan Program Anti Pencucian Uang dan Pencegahan Pendanaan Terorisme di Sektor Jasa Keuangan, FWD Insurance menerapkan kewajiban bagi Anda untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan di bawah ini

Tujuan pengajuan asuransi: (Pilihan dapat lebih dari satu)

- Asuransi Tabungan Pendidikan Pensiun
 Lainnya, sebutkan _____

Sumber Dana Pembayaran Premi (Pilihan dapat lebih dari satu)

- Gaji Suami/Istri Hasil Investasi Bisnis Pribadi Bonus/Insentif/Komisi
 Penarikan/pembatalan Polis Asuransi Lain dalam waktu 6 bulan sebelum/setelah pengajuan Polis asuransi ini
 Lainnya, sebutkan _____

Negara/Yurisdiksi Tempat Kewajiban Pajak

Penjelasan Tambahan Pengisian Tabel

1. Apabila Nomor Wajib Pajak (*Tax Identification Number* / "TIN") tidak tersedia, harap memberikan alasan (A), (B), atau (C) *):

Alasan (A): Negara dimana Pemegang Rekening bertanggung jawab untuk membayar dan/atau melaporkan pajak tidak mengeluarkan TIN, (B) : Pemegang Rekening tidak dapat memperoleh TIN (Apabila memilih alasan ini, mohon untuk menjelaskan alasan mengapa tidak dapat memperoleh TIN pada kolom dibawah ini), (C) : TIN tidak diperlukan (Catatan: hanya memilih alasan ini jika hukum pada negara yurisdiksi terkait tidak memerlukan TIN yang dikeluarkan dari yurisdiksi tersebut).

2. Untuk Wajib Pajak Amerika Serikat harus mencantumkan TIN/SSN.

Tabel Negara/Yurisdiksi Tempat Kewajiban Pajak

Mohon untuk mendeklarasikan negara selain Indonesia dimana Anda memiliki kewajiban perpajakan, *tax residency* dan/atau pelaporan perpajakan pada kolom di bawah ini:

No.	Negara/Yurisdiksi tempat kewajiban pajak	TIN	Apabila tidak memiliki TIN harap disertai alasan *) (A)(B)(C)	Penjelasan tambahan atas jawaban tidak memperoleh TIN
1				
2				
3				

Kolom keterangan/penjelasan atas FATCA dan/atau CRS

Harap berikan alasan/penjelasan bahwa walaupun terdapat indikasi FATCA/CRS, namun Anda bukan merupakan subjek FATCA dan/atau CRS.

Pernyataan Terkait FATCA/CRS

- Saya/Kami setuju :
- Bahwa Saya/Kami telah memahami dan menyatakan bahwa Saya/Kami adalah Pemegang Polis/Peserta yang memiliki kewajiban pajak dan/atau pelaporan perpajakan terhadap negara lain di luar Indonesia sesuai dengan isian pada tabel yurisdiksi pajak di atas. Sehubungan dengan ketentuan FATCA dan/atau CRS, maka dengan ini Saya/Kami menyatakan dan menjamin bahwa TIN yang diserahkan oleh Saya kepada FWD Insurance adalah benar dan lengkap. Saya/Kami bertanggung jawab penuh atas segala akibat yang timbul apabila terdapat kesalahan informasi. Saya/Kami setuju untuk mengungkapkan, memberitahukan, atau menyediakan FWD Insurance dengan informasi atau data atas diri Saya/Kami 30 hari kalender sejak pengajuan maupun pada saat perubahan atau waktu lain khususnya, yang berkaitan dengan perubahan data pribadi dan status, atau apabila Saya/Kami menjadi wajib pajak di lebih dari satu negara dan dalam waktu tertentu sebagaimana disyaratkan untuk diungkapkan kepada otoritas manapun. Pembaharuan status tersebut merupakan tanggung jawab Saya/Kami dan bukan merupakan tanggung jawab FWD Insurance. Selanjutnya untuk kepentingan pelaporan terkait Rekening Keuangan milik Saya/Kami kepada pihak yang berwenang terkait FATCA dan/atau CRS, Saya bersedia untuk mengisi dan menandatangani dokumen-dokumen yang dipersyaratkan oleh ketentuan dan peraturan yang berlaku serta menyetujui dan memberi kuasa kepada FWD Insurance untuk menggunakan semua data, keterangan dan informasi mengenai Saya/Kami dalam rangka pelaporan kepada pihak-pihak yang berwenang terkait FATCA dan/atau CRS.
 - Tidak ada perubahan atas informasi data pribadi Saya/Kami yang dapat mempengaruhi status kewajiban pajak Saya/Kami terkait dengan FATCA dan/atau CRS.
- I. Untuk Beneficial Owner Perorangan:**
- Fotokopi Identitas.
 - Surat Tugas/Surat Kuasa/Pengajuan/Dokumen Lain yang menyatakan hubungan Keluarga.
- II. Untuk Beneficial Owner Perusahaan/Yayasan/Perkumpulan/Instansi wajib melampirkan :**
- Fotokopi Akta Pendirian atau Anggaran Dasar bagi Perusahaan/Yayasan/Perkumpulan/Instansi yang bentuknya diatur dalam peraturan perundang-undangan yang berlaku berikut perubahan Anggaran Dasar yang terakhir.
 - Fotokopi Izin Usaha atau izin lainnya dari instansi yang berwenang.
 - Fotokopi Surat Keterangan Domisili
 - Laporan Keuangan Terkini.
 - Fotokopi NPWP.
 - Fotokopi Akta Perubahan terakhir pengurus Perusahaan/Yayasan/Perkumpulan/Instansi.
 - Fotokopi Identitas pemilik atau pengendali atau pengurus Perusahaan/Yayasan/Perkumpulan/Instansi.
 - Surat Kuasa kepada pihak-pihak yang ditunjuk mempunyai wewenang bertindak untuk dan atas nama Perusahaan/Yayasan/Perkumpulan/Instansi.
 - Fotokopi dokumen identitas pihak-pihak yang ditunjuk mempunyai wewenang bertindak untuk dan atas nama Perusahaan/Yayasan/Perkumpulan/Instansi.
 - Fotokopi dokumen pengendali aktif (*Ultimate Controller*).
 - Pernyataan sebenarnya data, identitas dan sumber dana.
 - Jika jawaban atas identifikasi FATCA dan/atau CRS adalah "YA", maka wajib mengisi dan menandatangani Formulir Deklarasi FATCA dan/atau CRS Non-Perorangan.
- III. Untuk Beneficial Owner Bank Dalam Negeri**
- Pernyataan tertulis dari Bank/Lembaga Jasa Keuangan Dalam Negeri Lain tentang Identitas Bank tersebut.
- IV. Untuk Beneficial Owner Bank Luar Negeri**
- Pernyataan tertulis dari Bank/Lembaga Jasa Keuangan Luar Negeri Lain tentang Identitas Bank tersebut.

Pernyataan

- Saya/Kami menyatakan bahwa semua informasi dalam Formulir Keterangan Tambahan untuk *Beneficial Owner* ini sebagai data terbaru yang lengkap dan sesuai dengan keadaan sebenarnya.
- Saya/Kami juga bersedia, sekiranya diperlukan untuk memberikan dokumen-dokumen lain yang diperlukan yang berhubungan dengan data *Beneficial Owner*.
- Pernyataan Kepatuhan Khusus Terkait Kewajiban Pajak Negara lain selain Indonesia:
 - Saya/Kami memahami dan menyetujui bahwa FWD Insurance dan/atau afiliasinya diwajibkan untuk patuh terhadap kewajiban-kewajiban dari undang-undang, pedoman, perintah, dan syarat-syarat yang ditetapkan berdasarkan hukum lokal yang berlaku di Indonesia ataupun hukum asing termasuk Undang-Undang Kepatuhan Pajak Rekening Luar Negeri Amerika Serikat Foreign Account Tax Compliance Act of United States of America (FATCA), atau perjanjian-perjanjian atas publik, peradilan, perpajakan, Pemeritahan dan/atau pihak berwenang lainnya, termasuk Direktorat Jendral Pajak dan Internal Revenue Service (IRS) Amerika Serikat ("Otoritas") yang berlaku di berbagai yurisdiksi termasuk di Indonesia sebagaimana diundangkan beserta perubahannya dari waktu ke waktu ("Kewajiban Hukum").
 - Saya/Kami juga memahami dan menyetujui untuk menyediakan FWD Insurance dengan bantuan yang mungkin diperlukan untuk memungkinkan FWD Insurance untuk memenuhi seluruh kewajibannya sebagaimana diatur dalam Kewajiban Hukum tentang diri Saya/Kami atau Polis Saya/Kami. Apabila penyediaan informasi atau data melebihi 30 hari sejak transaksi diajukan, Saya/Kami bersedia menanggung semua risiko termasuk risiko keuangan berupa penolakan dan/atau pembekuan transaksi.

Ditandatangani di

 - -

tanggal

bulan

tahun

Tanda Tangan dan Nama Lengkap calon Pemegang Polis

Tanda Tangan dan Nama Lengkap *Beneficial Owner*

(_____)
Nama Jelas

(_____)
Nama Jelas

Penting!

Formulir ini harus ditandatangani setelah diisi dengan benar, lengkap dan sesuai dengan keadaan sebenarnya.
Dilarang menandatangani Formulir ini dalam keadaan kosong.