

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 :
 (tgl-bln-thn) 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.

