

**FORMULIR PERNYATAAN DIRI (SELF-CERTIFICATION FORM) - FATCA & CRS
PT ASURANSI BRI LIFE**

Sesuai dengan PERPPU No. 1 Tahun 2017 dan Peraturan OJK No. 25/POJK.03/2015, Perusahaan Asuransi di Indonesia wajib mengumpulkan informasi terkait domisili perpajakan dari setiap nasabah. Mohon mengkonfirmasi status domisili perpajakan Anda dengan melengkapi formulir ini sebagai bagian dari proses penutupan asuransi.

Sebagai Institusi Keuangan, kami tidak diperkenankan memberi nasehat pajak. Penasehat pajak Anda dapat membantu Anda dalam menjawab pertanyaan spesifik pada formulir ini. Otoritas pajak dalam negeri Anda dapat memberikan panduan mengenai bagaimana menentukan status domisili perpajakan Anda atau Anda dapat merujuk ke situs web OECD (<http://www.oecd.org/tax/automatic-exchange/crs-implementation-and-assistance/tax-residency/>).

Bagian A. Identifikasi Pemegang Polis

No. SCIF: (diisi oleh Petugas Asuransi)

Nama :

Tanggal Lahir :

Tempat Lahir : Kota: Negara:

Warganegara : WNI WNA, sebutkan asal Negara:

Alamat Domisili : Negara: Kode Pos :

Alamat Korespondensi: (diisi apabila berbeda dengan alamat domisili) Negara: Kode Pos :

Bagian B. Pernyataan Domisili Perpajakan

Aturan domisili perpajakan yang bervariasi dari beberapa yurisdiksi. Pemegang Polis mungkin berada pada posisi dimana berdasarkan peraturan domestik yurisdiksi tertentu, mereka dapat dianggap sebagai domisili perpajakan di lebih dari satu yurisdiksi. Mohon centang (✓) semua pilihan yang sesuai untuk Anda.

- Saya adalah wajib pajak Indonesia. Ya Tidak
Jika Ya, berikan Nomor Wajib Pajak Indonesia: _____
- Saya adalah warganegara Amerika Serikat (AS) / wajib pajak AS / pemegang Green Card AS. Ya Tidak
Jika Ya, berikan Nomor Wajib Pajak AS : _____
- Saya lahir di AS, tetapi tidak lagi memiliki kewarganegaraan AS. Ya Tidak
Jika Ya, maka wajib melampirkan:
- Salinan sertifikat telah melepaskan kewarganegaraan AS; atau
- Penjelasan mengapa Anda tidak memiliki sertifikat itu: _____
- Saya adalah wajib pajak dari negara / yurisdiksi selain Indonesia atau AS. Ya Tidak
Jika Ya, mohon mengisi tabel di bawah ini:

Negara/Yurisdiksi tempat Kewajiban Pajak	Nomor Wajib Pajak / Tax Identification Number (TIN)	*Jika tidak memiliki Nomor Wajib Pajak, harap disertai alasan A, B, atau C

*Jika Nomor Wajib Pajak tidak tersedia, harap memberikan alasan A, B, atau C:

Alasan A : Negara dimana saya memiliki domisili perpajakan tidak mengeluarkan Nomor Wajib Pajak

- Alasan B : Saya tidak dapat memperoleh Nomor Wajib Pajak (jelaskan alasan Anda pada tabel dibawah ini)
Alasan C : Nomor Wajib Pajak tidak diperlukan (Catatan: hanya memilih alasan ini jika hukum di negara yurisdiksi terkait tidak mensyaratkan pengumpulan Nomor Wajib Pajak yang dikeluarkan dari yurisdiksi tersebut)

Mohon Jelaskan mengapa Anda tidak dapat memperoleh Nomor Wajib Pajak apabila memilih alasan B diatas:

1. 2. 3.

Bagian C. Pernyataan dan Tanda Tangan

1. Saya menyatakan bahwa saya memiliki kewenangan untuk menandatangani atas nama Pemegang Polis sehubungan dengan semua akun yang terkait dengan formulir ini.
2. Saya menyatakan bahwa semua pernyataan yang dibuat dalam pernyataan ini adalah sepengetahuan dan sepemahaman saya adalah benar dan lengkap.
3. Saya memberikan kewenangan secara tertulis dan sukarela kepada PT Asuransi BRI Life terhadap pembukaan dan/ atau penyerahan data dan informasi mengenai Pemilik Polis termasuk data dan informasi terkait perpajakan kepada otoritas pajak Indonesia untuk dapat disampaikan kepada otoritas pajak negara / yurisdiksi lain atau negara / yurisdiksi dimana Pemegang Polis dapat menjadi penduduk pajak sesuai dengan kesepakatan antar pemerintah untuk menukar informasi akun keuangan.
4. Saya akan menyampaikan pemberitahuan secara tertulis kepada PT Asuransi BRI Life apabila terdapat perubahan pada keadaan Pemilik Polis yang menyebabkan isi dokumen pernyataan diri (self-certification) menjadi tidak benar atau tidak lengkap, paling lambat 30 (tiga puluh) hari kalender sejak terjadinya perubahan dimaksud.
5. PT Asuransi BRI Life berhak melakukan validasi atas pernyataan yang saya berikan dalam formulir ini. Dalam hal PT Asuransi BRI Life mempertimbangkan bahwa data dan/atau formulir baru diperlukan untuk keperluan validasi, saya akan dengan patuh memberikannya. Saya memahami bahwa penolakan untuk mengisi form baru dapat dikenakan konsekuensi sesuai peraturan yang berlaku, seperti tidak dilayaninya transaksi baru terkait polis saya.

....., 20.....

ttd

(_____)

Nama Lengkap