AIA International Limited Taiwan Branch
Formulir Permohonan Klaim Asuransi Individu

CLM No. :

Nama Tertanggung Asuransi		Nomor KTP	

Jenis Kecelakaan	□ Penyakit □ Kecelakaan	Item Permohonan	□Medis □Penyakit kritis/cedera dan penyakit tertentu □Kematian/disabilitas sepenuhnya □Disabilitas □Pembebasan premi asuransi □Lainnya:_____

Penjelasan Kecelakaan			
	Waktu terjadi kecelakaan: Tahun Bulan Tanggal	Lokasi kecelakaan:	Apakah melaporkan kasus: □Ya □Tidak
	Unit penanganan: Kepolisian/kantor kejaksaan daerah _____	Staf penanganan:	Telepon petugas polisi:
	Rincian kecelakaan:		

Metode Pembayaran dan Informasi Kontak Penerima Manfaat

*** Demi melindungi hak dan kepentingan Anda, saat mengisi data pengiriman uang, pastikan untuk mengisi lengkap nama akun, nama lembaga keuangan, nama cabang dan nomor rekening. Jika nama akun, nomor rekening salah atau tidak lengkap, akan diganti menjadi pembayaran dengan cek yang tidak dapat dinegosiasikan.**

*** Jika penerima manfaat belum berusia dewasa, kecuali untuk pembayaran uang asuransi medis, Perusahaan ini tidak menerima permohonan pengiriman uang ke rekening perwakilan hukum dari penerima manfaat; Setelah uang dikirimkan ke rekening perwakilan hukum dari penerima manfaat sesuai ketentuan tersebut sebelumnya, maka telah selesai memenuhi kewajiban pembayaran yang ditetapkan dalam kontrak asuransi. Penerima manfaat tidak boleh meminta Perusahaan ini untuk membayar lagi uang asuransi medis.**

Metode Pembayaran	□Pengiriman uang □Sama dengan akun rekening yang diajukan pada permohonan klaim sebelumnya □Cek (metode pembayaran ini tidak berlaku untuk pembayaran polis asuransi dalam valuta asing)		
Subjek Pengiriman Uang	□Penerima manfaat □Perwakilan hukum penerima manfaat-nomor KTP_____		
Nama Akun		Nomor Rekening	□Kantor pos □Bank _____cabang bank/cabang pos_____ Nomor Rekening:_____ **(lampirkan fotokopi sampul buku tabungan)**
Alamat Kontak (kolom wajib diisi)	□□□		**Nomor HP /Nomor Telepon** _____ **※Jika Anda belum mengajukan permohonan pemberitahuan elektronik Perusahaan ini, pemberitahuan tertulis hanya akan diterapkan untuk kasus permohonan kematian dan yang belum memenuhi persyaratan pembayaran, untuk permohonan lainnya pemberitahuan pembayaran berbagai klaim akan dikirimkan ke nomor HP yang tercantum pada formulir permohonan ini.**

	Metode Pengiriman Cek	□Disampaikan oleh staf penjual □Alamat kontak pos □Sama dengan alamat pemungutan biaya polis asuransi □Alamat lainnya:_____	

Persetujuan pengumpulan, penanganan, dan penggunaan data pribadi seperti rekam medis, pemeriksaan medis dan kesehatan:

Saya (pihak tertanggung/penerima manfaat) setuju bahwa perusahaan dapat berdasarkan ketentuan Undang-Undang Perlindungan Data Pribadi dan Undang-Undang Asuransi Pasal 177-1 beserta ketentuan yang diotorisasinya, mengumpulkan, menangani, dan menggunakan data rekam medis, pemeriksaan medis dan kesehatan pribadi pihak tertanggung, serta dalam ruang lingkup yang diperlukan untuk memastikan atau memenuhi tujuan khusus kewajiban kontrak asuransi antara Perusahaan dan pihak tertanggung (termasuk mentransfer kepada perusahaan reasuransi yang memiliki hubungan bisnis untuk menangani peninjauan reasuransi atau klaim), detail pemberitahuan sesuai yang dimuat pada halaman kedua formulir klaim asuransi.

Jika item permohonan merupakan uang asuransi kematian, demi memastikan kebenaran isi bukti pemeriksaan jenazah (atau akta kematian) yang dilampirkan dalam permohonan klaim kali ini, saya (penerima manfaat) menyetujui Perusahaan untuk melakukan perbandingan atas data tersebut sebelumnya dengan sistem pelaporan kematian unit terkait.

Perihal penunjukan: Saya setuju untuk menunjuk "staf penjual penyampai dokumen" berikut (yaitu pihak yang ditunjuk) untuk mewakili menyerahkan pengajuan permohonan klaim kali ini, serta setuju bahwa Perusahaan akan memberikan pemberitahan terkait klaim melalui pihak yang ditunjuk berikut kepada saya.

Tanda Tangan Stempel Penerima Manfaat

Tanda tangan pihak tertanggung/penerima manfaat:

_____

★ **Pastikan untuk membubuhkan tanda tangan**

(Kecuali untuk uang asuransi kematian, penerima manfaat uang asuransi lainnya adalah pihak tertanggung)

Tanda tangan perwakilan hukum/wali/asisten:_____ Kewarganegaraan:_____ Tanggal lahir: Tahun Bulan Tanggal

(Bubuhkan tanda tangan apabila penerima manfaat belum berusia dewasa atau ditetapkan pengadilan untuk menerima perwalian atau ditetapkan pengadilan untuk menerima bantuan asisten, mohon mengisi juga kolom kewarganegaraan dan tanggal lahir)

Tahun (R.O.C.) Bulan Tanggal

Nama/nomor bukti pendataan staf penjual penyampai dokumen: /_____ Telepon/unit kontak:_____/_____ ※Staf penjual harus bertemu langsung dengan penerima manfaat/korban, serta menyaksikan dengan pasti mereka menandatangani formulir permohonan ini.	**Tanggal Penerimaan**	

AIA International Limited Taiwan Branch
Pemberitahuan atas pengumpulan, penanganan, dan penggunaan data pribadi

AIA International Limited Taiwan Branch (selanjutnya disebut Perusahaan ini) berdasarkan ketentuan Undang-Undang Perlindungan Data Pribadi (selanjutnya disebut UU PDP) Pasal 6 Ayat 2, Pasal 8 Ayat 1 (jika merupakan data pribadi yang dikumpulkan secara tidak langsung, maka sesuai Pasal 9 Ayat 1), kami beritahukan kepada Anda hal-hal sebagai berikut, silakan Anda membaca dengan saksama:

I. Tujuan pengumpulan (merujuk pada "Tujuan Khusus dan Jenis Data Pribadi UU PDP" yang diumumkan Kementerian Kehakiman):

(1) Bisnis asuransi pribadi (001)	(8) Perihal kontrak, kuasi kontrak, atau hubungan hukum lainnya (069)
(2) Bisnis valuta asing (022)	(9) Manajeman dan layanan konsumen, pelanggan (090)
(3) Marketing (040)	(10) Mediasi kota dan kecamatan (124)
(4) Pelaksanaan penegakan pengadilan (055)	(11) Perbelanjaan online dan layanan perdagangan elektronik lainnya (148)
(5) Pengumpulan, penanganan, dan penggunaan oleh industri layanan keuangan sesuai ketentuan undang-undang dan kebutuhan pengawasan keuangan (059)	(12) Investigasi, statistik, dan analisis riset (157)
(6) Penanganan sengketa keuangan (060)	(13) Pengelolaan lain sesuai dengan lingkup bisnis yang didaftarkan atau yang ditetapkan dalam anggaran dasar organisasi (181)
(7) Pengumpulan, penanganan, dan penggunaan informasi pribadi yang dilakukan oleh organisasi non-pemerintah sesuai kewajiban hukum (063)	

II. Jenis data pribadi yang dikumpulkan (merujuk pada "Tujuan Khusus dan Jenis Data Pribadi UU PDP" yang diumumkan Kementerian Kehakiman):

(1) Data yang mengidentifikasi individu. Seperti: nama, jabatan, alamat, telepon, akun email, dan sebagainya (C001)	(11) Profesi (C038)
(2) Data yang mengidentifikasi keuangan. Seperti: nomor rekening lembaga keuangan, nomor kartu kredit, nomor polis asuransi, dan sebagainya (C002)	(12) Kecelakaan atau insiden lainnya dan kondisi terkait. Seperti: subjek peristiwa kecelakaan, sifat kerugian atau luka, pihak beperkara dan saksi, dan sebagainya (C040)
(3) Pengidentifikasi dalam data pemerintah. Seperti: nomor KTP atau nomor paspor atau nomor ARC, dan sebagainya (C003)	(13) Penghasilan, pendapatan, aset dan investasi (C081)
(4) Deskripsi pribadi. Seperti: usia, jenis kelamin, tanggal lahir, kewarganegaraan, dan sebagainya (C011)	(14) Liabilitas dan pengeluaran (C082)
(5) Deskripsi fisik. Seperti: tinggi badan, berat badan, golongan darah, dan sebagainya (C012)	(15) Pinjaman (C084)
(6) Kebiasaan. Seperti: merokok, minum minuman beralkohol, dan sebagainya (C013)	(16) Rincian asuransi (C088)
(7) Kondisi rumah tangga. Seperti: apakah sudah menikah, nama pasangan, jumlah anak, dan sebagainya (C021)	(17) Pembayaran asuransi sosial, pembayaran tunjangan perawatan, dan pembayaran pensiun lainnya (C089)
(8) Rincian anggota lain dari rumah tangga. Seperti: anak, tanggungan, orang tua, dan sebagainya (C023)	(18) Catatan kesehatan. Seperti: laporan medis, catatan pengobatan dan diagnosis, hasil pemeriksaan, jenis dan tingkat disabilitas fisik mental, dan sebagainya (C111)
(9) Harta benda. Seperti: semua aset bergerak atau aset tak bergerak atau dengan hak lainnya, dan sebagainya (C032)	
(10) Gaya hidup. Seperti: pola konsumsi pribadi atau rumah tangga, dan sebagainya (C036)	

III. Sumber data pribadi (berlaku untuk situasi pengumpulan secara tidak langsung di mana data pribadi tidak disediakan oleh penerima pemberitahuan):

(I) Pemohon asuransi

(II) Perwakilan hukum, asisten dari penerima pemberitahuan

(III) Masing-masing institusi medis

(IV) Pihak ketiga yang melakukan marketing bersama, menggunakan informasi pelanggan secara interaktif, bekerja sama dalam promosi bisnis, dan hubungan lainnya, atau pihak ketiga yang dipercaya untuk melakukan penanganan dalam pelaksanaan berbagai bisnis Perusahaan ini.

IV. Periode, subjek pengguna, wilayah, dan metode penggunaan data pribadi:

(I) Periode: Periode penyimpanan yang diperlukan untuk pelaksanaan bisnis dan yang ditetapkan dalam undang-undang hukum.

(II) Subjek pengguna: Perusahaan ini, perusahaan induk utama dari Perusahaan ini (AIA Group Limited) dan perusahaan afiliasinya atau cabang organisasi, The Life Insurance Association of the Republic of China, Non-Life Insurance Association of the Republic of China, Taiwan Insurance Institute, Taiwan Insurance Guaranty Fund, Financial Ombudsman Institution, Joint Credit Information Center, National Credit Card Center of R.O.C., The Taiwan Clearing House, Financial Information Service

Co., lembaga alih daya bisnis, agen asuransi/broker asuransi dari kontrak asuransi Anda yang bekerja sama dengan Perusahaan ini dalam promosi bisnis (termasuk bank yang juga melakukan bisnis agen asuransi/broker asuransi), perusahaan yang melakukan bisnis reasuransi dengan Perusahaan ini, lembaga yang berwenang untuk melakukan investigasi sesuai undang-undang hukum atau lembaga pengawas keuangan, organisasi pencegahan kejahatan.

(III) Wilayah: Wilayah di mana subjek pengguna tersebut di atas berada.

(IV) Metode: Metode penggunaan yang sesuai dengan peraturan undang-undang hukum.

V. Berdasarkan ketentuan UU PDP Pasal 3, Anda berhak menerapkan hak dan dengan metode berikut atas informasi pribadi Anda yang disimpan Perusahaan ini:

(I) Hak yang dapat diterapkan terhadap Perusahaan ini:

a) Meminta kepada Perusahaan ini untuk memeriksa dan meninjau informasi, atau meminta untuk memberikan salinan.

b) Meminta kepada Perusahaan ini untuk menambahkan atau meralat.

c) Meminta kepada Perusahaan ini untuk menghentikan pengumpulan, penanganan, dan penggunaan informasi, serta meminta untuk menghapus.

(II) Metode penerapan hak: Menghubungi hotline layanan pelanggan Perusahaan ini: 0800-012-666 atau mengirim email ke tw.customer@aia.com.

VI. Pengaruh terhadap hak dan kepentingan jika Anda tidak menyediakan data pribadi (berlaku untuk situasi pengumpulan secara langsung di mana data pribadi disediakan oleh penerima pemberitahuan):

Jika Anda tidak menyediakan data pribadi terkait, Perusahaan ini mungkin akan menunda pelaksanaan atau tidak dapat melaksanakan peninjauan dan penanganan yang diperlukan, maka layanan atau pembayaran terkait Anda mungkin akan tertunda atau tidak dapat disediakan.

Daftar Dokumen yang Harus Dilampirkan dalam Pengajuan Permohonan Berbagai Pembayaran Asuransi

Dokumen yang harus disiapkan / Item Permohonan	Formulir Permohonan Klaim Asuransi	Formulir Sertifikasi Diri CRS	Bukti diagnosis	Kuitansi biaya pengobatan atau tabel rincian	Foto sinar X patah tulang	Laporan pemeriksaan pemotongan patologi atau laporan	Bukti disabilitas	Akta kematian	Bukti menumpang transportasi umum	Bukti pemeriksaan jenazah	Dokumen bukti kecelakaan dan cedera	Transkrip Registrasi Rumah Tangga dengan pemindahan rumah	Transkrip Registrasi Rumah Tangga penerima manfaat atau bukti	Polis asuransi atau salinannya	Bukti sisa nominal pinjaman atau bukti pelunasan (7)
Uang asuransi medis															
Pembayaran jumlah tetap (jumlah harian) untuk pengobatan rawat inap	✓	✓	✓												
Pembayaran jumlah aktual untuk pengobatan rawat inap	✓	✓	✓	✓											
Jumlah harian rawat inap cedera kecelakaan/patah tulang tidak rawat inap di rumah sakit	✓	✓	✓		✓						✓				
Pembayaran jumlah aktual untuk cedera kecelakaan	✓	✓	✓	✓							✓				
Uang asuransi kematian															
Kematian karena penyakit	✓	✓						✓				✓	✓	✓	✓
Kematian karena kecelakaan	✓	✓								✓	✓	✓	✓	✓	✓
Uang asuransi disabilitas															
Disabilitas sepenuhnya karena penyakit	✓	✓					✓							✓	
Disabilitas karena kecelakaan/disabilitas karena cedera serius/uang asuransi bantuan disabilitas	✓	✓					✓				✓				
Asuransi penyakit kritis/asuransi cedera dan penyakit tertentu/asuransi menderita kanker pertama kali	✓	✓	✓			✓									
Luka bakar serius	✓	✓	✓								✓				
Asuransi kompensasi cedera transportasi umum (kematian atau disabilitas)	✓	✓					✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Pembebasan premi asuransi	✓	✓	✓												
Hilang/kecelakaan orang hilang	✓	✓						✓		✓	✓	✓	✓	✓	

＊Isi detail dari dokumen yang harus disiapkan berdasarkan pasal polis asuransi masing-masing sesuai item permohonan yang berbeda.

＊Jika kasus khusus memerlukan data lainnya sebagai referensi dalam peninjauan klaim, staf penyelenggara klaim akan memberikan pemberitahuan lain, pada saat itu mohon menyediakan untuk mempercepat penyelesaian klaim (misalnya: karena perlu memeriksa data unit terkait, maka akan meminta nasabah asuransi untuk mengisi pernyataan persetujuan pemeriksaan dan pemberian wewenang).

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pengajuan permohonan:

1. Masing-masing kolom tanda tangan/stempel penerima manfaat dalam formulir permohonan ini harus diisi dan ditandatangani/distempel sendiri oleh penerima manfaat. Terkait penjelasan definisi penerima manfaat adalah sebagai berikut:
   (1) Jika mengajukan uang asuransi medis, penyakit kritis/tertentu, luka bakar serius atau disabilitas, penerima manfaat adalah korban sendiri.
   (2) Jika saat mengajukan permohonan uang asuransi kematian, penerima manfaat lebih dari satu orang, semua penerima manfaat harus membubuhkan tanda tangan/stempel. Jika penerima manfaat yang belum berusia dewasa belum genap berusia 7 tahun atau penerima manfaat ditetapkan pengadilan untuk menerima perwalian atau bantuan asisten, maka perwakilan hukum/wali atau asisten harus mewakili membubuhkan tanda tangan/stempel. Jika penerima manfaat dengan keterbatasan kecakapan bertindak berusia di atas 7 tahun dan belum berusia dewasa, maka penerima manfaat sendiri dan perwakilan hukumnya harus membubuhkan tanda tangan/stempel. Saat pihak tertanggung meninggal, jika ada uang asuransi yang harus dibayar kepada pihak tertanggung dan belum dibayar atau belum selesai dibayar, dan tidak ada ketentuan khusus dalam pasal kontrak, sesuai ketentuan Undang-Undang Hukum Perdata harus membayar kepada ahli waris sah dari pihak tertanggung, maka perlu diganti dengan tanda tangan stempel ahli waris sah. Selain itu, harap melampirkan “bagan ahli waris” dan Transkrip Registrasi Rumah Tangga dari semua ahli waris sah.
   (3) Jika pihak yang harus membubuhkan tanda tangan stempel tidak mengenal huruf, memiliki luka serius pada bagian tangan, atau buta pada kedua mata, dapat digantikan dengan membubuhkan sidik jari, tetapi harus ada dua orang saksi yang juga membubuhkan tanda tangan.
2. Jika penyebab kematian dalam kasus kematian “sedang dalam pemeriksaan autopsi”, penerima manfaat harus menambahkan “laporan hasil autopsi”atau “bukti pemeriksaan jenazah” yang mencantumkan jelas penyebab kematian.
3. Jika penerima manfaat adalah orang yang sesuai pengadilan masih harus menerima perwalian atau bantuan asisten, harus melampirkan surat putusan pengadilan atas perwalian atau bantuan asisten dan Transkrip Registrasi Rumah Tangga dari pihak penerima perwalian atau bantuan asisten, wali atau asisten membubuhkan tanda tangan stempel dan membantu mengajukan permohonan. Penerima manfaat sendiri tetap merupakan penerima pembayaran.
4. **Berdasarkan perjanjian “Pasal Anotasi Perpanjangan Kontrak Tambahan AIA” (selanjutnya disingkat sebagai Pasal Anotasi ini), melalui kontrak tambahan yang ditunjuk Perusahaan ini (untuk detail lebih lanjut, silakan lihat lampiran Pasal Anotasi ini), jika kontrak utama berakhir karena kondisi pada ketentuan Pasal 2 Pasal Anotasi ini, dan periode asuransi semula dari kontrak tambahan ini belum berakhir, pemohon asuransi dapat melanjutkan membayar premi asuransi kontrak tambahan ini untuk memperpanjang keefektifan kontrak tambahan ini.**
5. Jika kecelakaan terjadi di luar wilayah Taiwan, Penghu, Kinmen, dan Matsu, selain melampirkan dokumen yang ditetapkan dalam peraturan polis asuransi semula, harap juga melampirkan fotokopi paspor (termasuk stempel imigrasi keluar, masuk negara) dan bukti dokumen lainnya. Selain itu, harap menyediakan rekam medis lengkap terkait pengobatan di luar negeri dan dokumen terkait yang disertifikasi unit luar negeri, dokumen bukti kecelakaan Tiongkok Cina harus memperoleh sertifikasi Yayasan Pertukaran Antar Selat (SEF).
6. **Jika uang asuransi dan pembayaran terkait yang diklaim penerima manfaat atau pemohon asuransi ditahan oleh pengadilan (atau lembaga pelaksana), apabila diperlukan untuk mempertahankan kehidupan pribadi dan kerabat yang hidup bersama, dapat mengajukan permohonan atau pernyataan keberatan kepada pengadilan (atau lembaga pelaksana) berdasarkan ketentuan Undang-Undang Penegakan Wajib Pasal 12.**
7. Berdasarkan kesepakatan “Pasal Anotasi yang Ditunjuk Penerima Manfaat dalam Lingkup Hak Kreditur dan Hutang AIA”, saat mengajukan permohonan uang asuransi kematian harus menyediakan bukti sisa nominal pinjaman atau bukti pelunasan pinjaman, untuk memudahkan persetujuan jumlah nominal pembayaran klaim yang harus dibayarkan kepada bank pemberi pinjaman.
8. Agar selaras dengan semangat Konvensi Hak-Hak Penyandang Disabilitas (CRPD), serta sesuai dengan revisi sebagian pasal Undang-Undang Asuransi, revisi istilah terkait sebagai berikut: “disabilitas” menggantikan “cacat”; “kematian dan disabilitas” menggantikan “kematian dan cacat”; “disabilitas sepenuhnya” menggantikan “cacat sepenuhnya”; “hambatan setelah stroke” menggantikan “cacat setelah stroke”; “hambatan fungsi” menggantikan “cacat fungsi” menggantikan; “disabilitas fisik” menggantikan “cacat fisik”; “bantuan disabilitas” menggantikan “bantuan cacat”;

“disabilitas karena penyakit” menggantikan “cacat karena penyakit”; “disabilitas karena cedera” menggantikan “cacat karena cedera”; “ kehilangan kemampuan kerja” menggantikan “disabilitas”; “orang yang ditetapkan pengadilan untuk menerima perwalian dan belum dicabut” menggantikan “orang dengan gangguan jiwa atau cacat mental lainnya, sehingga tidak dapat mengenali perilakunya atau memiliki kekurangan dalam kemampuan bertindak sesuai pengenalannya”. Akan tetapi, penyesuaian tersebut sebelumnya tidak memengaruhi isi pembayaran aktual produk serta hak dan kewajiban terkait.

※Setelah selesai mengisi, kirimkan ke Perusahaan ini melalui pos tercatat bersama dengan Formulir Permohonan ini dan berbagai dokumen Departemen layanan klaim.

Jika Anda memiliki pertanyaan terkait prosedur permohonan klaim atau dokumen yang harus dilampirkan, silakan menghubungi hotline layanan gratis Perusahaan ini 0800-012666

英屬百慕達商友邦人壽保險股份有限公司台灣分公司
CRS 自我證明表（個人適用）Self-Certification Form - Individual

親愛的客戶您好，因您向本分公司辦理申請相關保險金，為遵循「金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法」(CRS）之規範，須請您回答以下詢問事項。

＊本人（下稱帳戶持有人）具「中華民國」及「美國」以外國家或地區的稅務居民身份？

✔以下欄位請務必擇一勾選

☐	本人除中華民國及美國以外，不具「其他國家或地區之稅務居民身分」。 勾選此項者，不需填寫以下第一及第二部份資料
☐	本人除「中華民國」及「美國」以外，具有「其他國家或地區的稅務居民身份」。 勾選此欄位者，請以英文續填以下第一部分及第二部分資料

第一部分：個人帳戶持有人身分辨識資料 Part 1 Identification of Individual Account Holder

(若屬聯名帳戶或多人聯名帳戶，各帳戶持有人應分別填寫自我證明表。)

(For joint or multiple Account Holders, complete a separate form for each Account Holder.)

帳戶持有人姓名*Name of Account Holder*	Last Name or Surname(s) 姓氏*	First or Given Name 名字*	Middle Name(s) 中間名*
出生日期*/出生地 Date of Birth*／Place of Birth	Date of Birth*(dd/mm/yyyy) 出生日期*	Town or City of Birth 出生城市	Country/Jurisdiction 出生國家/地區
現行居住地址* Current Residence Address*	Suite, Floor, Building, Street, District (if any) 室、樓層、大樓、街道、地區等(如有)		
	Town/City/Province/County/State 鎮/市/省/縣/州等		
	Country/Jurisdiction 國家/地區		
	Post Code/ZIP Code (if any) 郵政編碼/郵遞區號(如有)		
通訊地址 (與現行居住地址不同時，填寫此欄) Mailing Address (Complete if different to the Current Residence Address)	Suite, Floor, Building, Street, District (if any) 室、樓層、大樓、街道、地區等(如有)		
	Town/City/Province/County/State 鎮/市/省/縣/州等		
	Country/Jurisdiction 國家/地區		
	Post Code/ZIP Code (if any) 郵政編碼/郵遞區號(如有)		

第二部分：稅務居住者之國家/地區及其稅務識別碼或具相當功能之辨識碼（”稅務識別碼”）*

請於下表填寫帳戶持有人為稅務居住者之國家/地區，及於該國家/地區稅務識別碼。

帳戶持有人如同時為2個以上國家/地區稅務居住者，請填寫所有其為稅務居住者之國家/地區。

如帳戶持有人為中華民國稅務居住者，填列稅務識別碼如下：

1. 具身分證字號者為身分證字號(10碼，由內政部戶政司編配)。
2. 具統一證號者為統一證號(10碼，由內政部移民署編配)。
3. 個人無身分證字號或統一證號者，以現行稅籍編號(大陸地區人民為9＋西元出生年後2碼及出生月日4碼；其餘情形為西元出生年月日8碼＋護照顯示英文姓名前2字母2碼)方式編配。

Part 2 Country/Jurisdiction of Residence for Tax Purposes and related Taxpayer Identification Number or functional equivalent number (“TIN”)*

Complete the following table indicating (a) the country/jurisdiction where the Account Holder is a tax resident and (b) the Account Holder’s TIN for each country/jurisdiction indicated.

If the Account Holder is a tax resident in more than one country/jurisdiction at the same time, please indicate all countries/jurisdictions of tax residence.

If the Account Holder is a tax resident of the ROC, his or her Tax Identification Number (TIN) is as follows:

1. National ID Card Number (a 10-digit code issued by the Department of Household Registration, Ministry of the Interior) .
2. Uniform ID Number (a 10-digit code issued by the National Immigration Agency, Ministry of the Interior) .
3. The current Taxpayer Code Number for those who have neither National ID Card Number nor Uniform ID Number is assigned as follows: Mainland China citizens are coded as 9+yy+mm+dd (for example born on October 25, 1985, the code would be 9851025); for other foreigners, yyyy+mm+dd + the first two letters of his or her English name in order printed on his or her passport. (for example, the code for David Caruso born on October 25, 1985, would be 19851025DA)

如無法提供稅務識別碼，於下列欄位填寫適用之理由 A、B 或 C：
理由 A – 帳戶持有人為稅務居住者之國家/地區未核發稅務識別碼
理由 B – 帳戶持有人無法取得稅務識別碼(請說明帳戶持有人無法取得稅務識別碼原因)
理由 C – 帳戶持有人毋須提供稅務識別碼(限於該帳戶持有人為稅務居住者之國家/地區國內法未要求蒐集稅務識別碼)

If a TIN is unavailable, provide the appropriate reason A, B or C where appropriate:
Reason A – The country/jurisdiction where the Account Holder is a tax resident does not issue TINs to its residents.
Reason B – The Account Holder is unable to obtain a TIN. Explain why the Account Holder is unable to obtain a TIN if you have selected this reason.
Reason C – TIN is not required. Only select this reason if the domestic law of the relevant country/jurisdiction of tax residence does not require the collection of TIN.

稅務居住者之國家/地區 Country/Jurisdiction of tax residence	稅務識別碼 TIN	若無法提供稅務識別碼，請依上述說明填寫理由 A、B 或 C Enter reason A, B or C if no TIN available	如選取理由 B，請說明帳戶持有人無法取得稅務識別碼之原因 Explain why the Account Holder is unable to obtain a TIN if you have selected reason B

第三部分：聲明及簽署 Part 3 Declarations and Signature

1. 本人知悉，本表所含資訊、相關帳戶持有人及任何應申報帳戶資訊，將可能提供中華民國稅捐稽徵機關，經由政府間協定進行稅務目的金融帳戶資訊交換，提供帳戶持有人為稅務居住者之國家/地區稅捐稽徵機關。
2. 本人證明，與本表相關之所有帳戶，本人為帳戶持有人(或本人業經帳戶持有人授權簽署本表)。
3. **本人聲明，就本人所知所信，於本自我證明所為之陳述均為正確且完整。**
4. 本人承諾，如狀態變動致影響本表第二部分所述之個人稅務居住者身分，或所載資料不正確或不完整，本人會通知貴公司，並在狀態變動後30日內提供貴公司一份經適當更新之自我證明表。

1. I acknowledge that the information contained in this form and information regarding the Account Holder and any Reportable Account(s) may be provided to the tax authorities of the ROC and exchanged with tax authorities of another country(ies)/jurisdiction(s) in which the Account Holder may be a tax resident pursuant to intergovernmental agreements to exchange financial account information for tax purposes.
2. I certify that I am the Account Holder (or I am authorized to sign for the Account Holder) of all the account(s) to which this form relates.
3. I declare that all statements made in this declaration are, to the best of my knowledge and belief, correct and complete.
4. I undertake to advise AIA International Limited Taiwan Branch("AIA") of any change in circumstances which affects the tax residency status of the individual identified in Part 1 of this form or causes the information contained herein to become incorrect or incomplete, and to provide AIA with a suitably updated self-certification form within 30 days of such change in circumstances.

本人簽名：_____ 法定代理人簽名：_____
(The signature of mine) (The signature of the legal representative)

※未滿七足歲或受監護宣告尚未撤銷者，由法定代理人代本人簽名及法定代理人簽名；七足歲(含)以上但尚未成年者，由本人偕同法定代理人共同簽名。
The minor who has not reached their seventh year of age and A person who has become subject to the order of the commencement of guardianship has not revoked, the signature shall be provided by the legal representative. The minor who is over seven years of age but not reaching the eighteenth year of age shall sign by The minor himself and the legal representative.

保單號碼：_____ 簽 署 日 期：_____ 年 _____ 月 _____ 日
(Policy/Contract Number) (Date of the signature)

重要提示 ：
1. 金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法(下稱 CRS 作業辦法)規定，金融機構應蒐集及申報有關帳戶持有人稅務居住者身分之特定資訊。CRS 作業辦法係依稅捐稽徵法第5條之1第6項訂定，其內容參考經濟合作暨發展組織發布之共同申報及盡職審查準則(下稱共同申報準則)。
2. 金融機構依 CRS 作業辦法規定取得帳戶持有人之自我證明文件，以辨識帳戶持有人為稅務居住者之國家/地區。金融機構依法可能將本表及該帳戶其他資訊提供中華民國稅捐稽徵機關，經由政府間協定進行稅務目的金融帳戶資訊交換，提供他方國家/地區稅捐稽徵機關。
3. 除不適用或特別註明外，必須填寫這份文件所有部分。如這份文件上的空位不敷使用，可另行增列填寫。標有星號（*）欄位或部分為友邦人壽保險股份有限公司台灣分公司須向稅捐稽徵機關申報之資料。
4. 本表將持續有效，倘狀態變動（例如帳戶持有人之稅務居住者身分變動）致所填資訊不正確或不完整，帳戶持有人應通知金融機構，並更新本表。
5. 本表相關用詞(如帳戶持有人、稅務識別碼、金融帳戶等)，請詳 CRS 作業辦法。

Important Notes：
1. Under the Regulations Governing the Implementation of the Common Standard on Reporting and Due Diligence for Financial Institutions ("Regulations"), Financial Institutions ("FIs") are required to collect and report certain information about the Account Holder's tax residency status. The Regulations are enacted pursuant to Paragraph 6, Article 5-1 of the Tax Collection Act and are drafted in reference to the Common Standard on Reporting and Due Diligence for Financial Account Information (CRS) developed by the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD).
2. Under the Regulations, FIs obtain a self-certification form from the Account Holder to determine the country(ies)/jurisdiction(s) in which the Account Holder is a tax resident. The FIs may be legally obliged to pass on the information in this form and other financial information with respect to the account to the tax authorities of the Republic of China (Taiwan)("ROC") and they may exchange this information with tax authorities of another country(ies)/jurisdiction(s) pursuant to intergovernmental agreements to exchange financial account information for tax purposes.
3. All parts of the form must be completed (unless not applicable or otherwise specified). If space provided is insufficient, continue on additional sheet(s). Information in fields or parts marked with an asterisk (*) is required to be reported by AIA to the local taxation authorities.
4. This form will remain valid unless there is a change in circumstances relating to information, such as the Account Holder's tax residency status, that makes this form incorrect or incomplete. In that case, the Account Holder must notify the FI and provide an updated self-certification form.
5. The definition of the capitalized terms used in this form, such as Account Holder, TIN, Financial Account, etc. can be found in the Regulations.