

FORMULIR *BENEFICIAL OWNER* NON PERORANGAN

PT Sun Life Financial Indonesia (selanjutnya disebut "Perusahaan") terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan



Nomor Polis/Nomor SPAJ	<input type="text"/>
Nama (Calon) Pemilik Polis	<input type="text"/>
Nama (Calon) Tertanggung	<input type="text"/>

A. KETENTUAN PENGISIAN FORMULIR *BENEFICIAL OWNER*

- Yang dimaksud *Beneficial Owner* adalah setiap orang yang memiliki dana, yang mengendalikan transaksi Nasabah (Pemilik Polis), yang memberikan kuasa atas terjadinya suatu transaksi dan/atau yang melakukan pengendalian melalui badan hukum atau perjanjian. Bila (Calon) Tertanggung berusia kurang dari 17 Tahun dan (Calon) Pemilik Polis bukan orang tua kandung maka formulir ini wajib ditandatangani pula oleh Orang Tua kandung/Wali yang sah.
- Formulir diisi LENGKAP menggunakan tulisan tangan HURUF CETAK yang jelas dengan menggunakan tinta hitam, serta gunakan tanda (√) untuk pilihan kolom kotak. Tidak diperkenankan untuk menghapus jawaban dengan cara apapun. Apabila koreksi perlu dilakukan, silakan coret tulisan yang akan dikoreksi, cantumkan jawaban yang diinginkan dan bubuhkan tanda tangan Anda sesuai dengan tanda tangan pada Kartu Identitas.
- Formulir ini tidak boleh ditandatangani dalam keadaan kosong dan pastikan semua informasi yang diperlukan sudah dipenuhi sebelum formulir ini ditandatangani.

B. IDENTITAS *BENEFICIAL OWNER* NON PERORANGAN

Nama Perusahaan/Lembaga/Organisasi	<input type="text"/>	
No. NPWP Perusahaan/Organisasi	<input type="text"/>	Berlaku Hingga (Tanggal/Bulan/Tahun)
No. Akte Pendirian Perusahaan/Organisasi	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
No. Pengesahan Menteri Hukum dan HAM	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Bidang Usaha	<input type="text"/>	
Bentuk Perusahaan/Lembaga/Organisasi	<input type="checkbox"/> Perseroan Terbatas <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> Koperasi <input type="checkbox"/> Firma <input type="checkbox"/> Yayasan <input type="checkbox"/> Lainnya : <input type="text"/>	
Hubungan dengan (Calon) Pemilik Polis	<input type="checkbox"/> Hubungan Kerja : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Lainnya : <input type="text"/>	
Tujuan pengajuan asuransi	<input type="checkbox"/> Proteksi <input type="checkbox"/> Investasi <input type="checkbox"/> Pendidikan <input type="checkbox"/> Pensiun <input type="checkbox"/> Lainnya <input type="text"/>	
Sumber dana pembayaran Premi	<input type="checkbox"/> Hasil Usaha <input type="checkbox"/> Lainnya <input type="text"/>	
Sumber dan besar penghasilan (kotor) rutin	<input type="checkbox"/> Hasil Usaha Penjelasan tambahan untuk hasil usaha <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Kurang dari Rp5 juta per bulan <input type="checkbox"/> Rp5 juta - < Rp10 juta per bulan <input type="checkbox"/> Rp10 juta - < Rp25 juta per bulan <input type="checkbox"/> Rp25 juta - < Rp50 juta per bulan <input type="checkbox"/> Rp50 juta - Rp100 juta per bulan <input type="checkbox"/> > Rp100 juta per bulan	
	<input type="checkbox"/> Lainnya Penjelasan tentang penghasilan lainnya <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Kurang dari Rp5 juta per bulan <input type="checkbox"/> Rp5 juta - < Rp10 juta per bulan <input type="checkbox"/> Rp10 juta - < Rp25 juta per bulan <input type="checkbox"/> Rp25 juta - < Rp50 juta per bulan <input type="checkbox"/> Rp50 juta - Rp100 juta per bulan <input type="checkbox"/> > Rp100 juta per bulan	

Total penghasilan bersih rutin per tahun Rp	<input type="text"/>
Alamat Kantor/Lembaga <i>Beneficial Owner</i>	Nomor Telepon aktif <i>Beneficial Owner</i>
<input type="text"/>	No. HP <input type="text"/>
RT <input type="text"/> RW <input type="text"/> No. <input type="text"/> Kode Pos <input type="text"/>	No. Telepon Rumah <input type="text"/>
Kota/Kabupaten <input type="text"/>	No. Telepon Kantor <input type="text"/>
Provinsi dan Negara <input type="text"/>	Extension <input type="text"/>
Alamat Website <input type="text"/> http://www. <input type="text"/>	
Alamat E-mail <input type="text"/>	

Nama Pihak Yang Mewakili Lembaga

Kewarganegaraan Indonesia Asing :

Jabatan di Lembaga/Perusahaan Pemilik Direktur Lainnya :

Nomor Telepon aktif Pihak Yang Mewakili Lembaga/Perusahaan

No. HP No. Telepon Kantor

No. Telepon Rumah Extension

Data Rekening Bank dan/atau Kartu Kredit *Beneficial Owner* (Diisi sesuai dengan SKPR atau SKPKK yang dilampirkan)

Nama Pemilik Rekening/Kartu Kredit

Nama Bank

Nomor Rekening Bank
(Untuk cara bayar Premi auto debit rekening)

Nomor Kartu Kredit
(Untuk cara bayar Premi auto debit kartu kredit)

Jenis Kartu Visa Master Card Berlaku Hingga Bulan Tahun

C. DAFTAR KELENGKAPAN DOKUMEN

Dokumen yang wajib dilampirkan

- Fotokopi Kartu identitas Pemilik Badan Usaha atau Pemegang Saham Pengendali Akhir (*controlling shareholder*)
- Fotokopi Kartu Identitas Penerima Kuasa/Petugas Yang Ditunjuk oleh *Beneficial Owner* untuk menandatangani Formulir ini
- Surat Kuasa/Penunjukan *Beneficial Owner* kepada Penerima Kuasa/Petugas yang ditunjuk Surat Ijin Usaha
- Fotokopi Surat Ijin Usaha dan NPWP Perusahaan
- Anggaran dasar terakhir yang menjelaskan data jumlah modal, susunan pemegang saham, direksi dan komisaris terakhir
- Surat Keterangan Domisili
- Laporan Keuangan Terkini
- Dokumen pendukung yang dapat membuktikan secara hukum hubungan (Calon) Pemilik Polis dengan *Beneficial Owner*

D. PERNYATAAN, PERSETUJUAN DAN KUASA

1. Sepanjang sepengetahuan dan keyakinan Saya, semua jawaban dari seluruh pertanyaan yang berhubungan dengan Tertanggung (dan yang berhubungan dengan Pemilik Polis jika Polis mempunyai manfaat tambahan "Pembebasan Premi") adalah lengkap dan benar. Semua jawaban dari seluruh pertanyaan tersebut merupakan dasar dan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis dan apabila ternyata jawaban/keterangan yang Saya berikan tidak benar maka Perusahaan berhak menolak pengajuan perubahan ataupun membatalkan Polis sesuai dengan ketentuan Polis. Segala perubahan yang dapat mempengaruhi status kewajiban perpajakan saya, atau informasi didalam formulir ini menjadi tidak benar atau tidak lengkap, akan diberitahukan kepada Perusahaan dalam jangka waktu 30 hari sejak terjadi perubahan.
2. Saya/kami mengizinkan Perusahaan untuk mengumpulkan, menggunakan, menyingkapkan, menyimpan, mengelola dan/atau memproses seluruh data dan informasi pribadi yang sudah saya/kami berikan kepada Perusahaan dan/atau sudah dimiliki Perusahaan mengenai diri saya untuk tujuan investigasi, riset dan analisis pemasaran dan tujuan lainnya. Dengan menandatangani formulir ini, saya memahami dan setuju bahwa Perusahaan dapat memberikan informasi yang saya berikan dalam formulir ini, termasuk informasi lainnya yang berada dalam penguasaan Perusahaan yang relevan dengan kualifikasi perpajakan yang dinyatakan dalam formulir ini kepada otoritas perpajakan terkait yang diperlukan Perusahaan untuk memenuhi kewajiban pelaporan perpajakan lokal dan internasional.

Beneficial Owner :

1. Memberikan kuasa kepada (Calon) Pemilik Polis untuk:
 - a). Melakukan transaksi Polis berdasarkan nomor Polis/SPAJ tersebut di atas dan tidak terbatas untuk melakukan penarikan dana, penambahan dana, pengalihan dana, pengajuan klaim, pembatalan/penutupan polis, penerimaan manfaat dan perubahan-perubahan Polis jika diperlukan.
 - b). Pemberian kuasa ini mengenyampingkan pasal 1813 KUH Perdata. Oleh karena itu pemberian kuasa ini tidak dapat dicabut/dibatalkan dan tetap berlaku meskipun Saya meninggal dunia.
2. Memberikan kuasa kepada Perusahaan melakukan pendebitan pada kartu kredit/debit Saya untuk membayar sejumlah Premi dari (Calon) Pemilik Polis atas nama tersebut pada formulir ini dengan sepengetahuan (Calon) Pemilik Polis dan tanpa paksaan dari pihak manapun. Fax/fotokopi dari keterangan dan pemberian kuasa yang tercantum di dalam formulir ini mempunyai kekuatan hukum yang sama kuat dan sah seperti aslinya.
3. Transaksi keuangan yang dilakukan pada Perusahaan tidak berasal dari/atau berkaitan dengan tindak pidana pencucian uang (*money laundering*) dan pendanaan terorisme sebagaimana dimaksud dalam peraturan perundang-undangan yang berlaku. Apabila (Calon) Pemilik Polis atau (Calon) Tertanggung tidak bersedia memberikan informasi/data/dokumen sehubungan dengan pelaksanaan prinsip Pengenalan Nasabah (*Know Your Customers Principle* atau "KYC") dan Anti Pencucian Uang (*Anti Money Laundering* atau "AML") dan/atau terdapat indikasi pelanggaran atas peraturan perundang-undangan mengenai Prinsip Mengenal Nasabah atau tindak pidana pencucian uang dan pendanaan terorisme, maka Perusahaan akan melaksanakan kewajibannya sesuai dengan ketentuan yang berlaku, termasuk menolak melakukan transaksi, membatalkan transaksi dan/atau menutup hubungan usaha.
4. Segala akibat yang timbul sehubungan dengan pembayaran Premi untuk nomor Polis/SPAJ tersebut pada formulir ini menjadi tanggung jawab Saya sepenuhnya dan dengan ini Saya membebaskan Perusahaan dari segala macam tuntutan atau gugatan dalam bentuk apapun dari pihak manapun termasuk dari Saya.

(Calon) Pemilik Polis :

1. Saya telah menerima kuasa yang diberikan oleh *Beneficial Owner* sebagai (Calon) Pemilik Polis untuk melakukan transaksi pembelian Polis Asuransi tersebut.
2. Semua dokumen pendukung yang menerangkan mengenai identitas maupun sumber dana dari *Beneficial Owner* adalah benar apa adanya dan sah secara hukum. Dana tersebut tidak berasal dari kegiatan-kegiatan yang melanggar hukum dan tujuan pembelian asuransi yang dimaksud dalam formulir ini tidak ditujukan untuk pencucian uang dan atau pembiayaan kegiatan terorisme.

- Data yang tercantum di dalam Formulir *Beneficial Owner* ini adalah milik Perusahaan. Seluruh karyawan, karyawan alih daya dan tenaga pemasar Perusahaan wajib menjaga kerahasiaan data tersebut dan tidak diperkenankan untuk mempublikasikan atau menyebarkan atau memberikan data tersebut kepada pihak yang tidak berwenang tanpa izin tertulis sebelumnya dari Perusahaan. Apabila formulir ini tersebar tanpa sengaja atau tidak tersimpan dengan baik, mohon untuk memberitahukan segera melalui *e-mail* ke sli_care@sunlife.com atau nomor telepon 1 500 SUN (786).

Ditandatangani di :

Pada Tanggal : Tanggal / Bulan / Tahun

Ditandatangani sesuai dengan tanda tangan pada Kartu Identitas Diri yang dilampirkan

 Nama dan Tanda Tangan
 (Calon) Tertanggung*

 Nama dan Tanda Tangan
 (Calon) Pemilik Polis

 Nama dan Tanda Tangan *Beneficial Owner*

* Jika (Calon) Tertanggung berusia kurang dari 17 tahun, maka ditandatangani oleh Orang Tua/Wali dari (Calon) Tertanggung.

 Nama dan Tanda Tangan Agen/Tenaga Pemasar

Kode Agen/Tenaga Pemasar



PT Sun Life Financial Indonesia
 Menara Sun Life
 Jl. Dr. Ide Anak Agung Gde Agung Blok 6.3
 Kawasan Mega Kuningan, Jakarta Selatan 12950
 Website : www.sunlife.co.id
 Pusat Layanan Nasabah
 E-mail : sli_care@sunlife.com
 Telepon : 1 500 SUN (1 500 786)
 Faksimile : (6221) 2966 9806

PT Sun Life Financial Indonesia terdaftar dan diawasi oleh
 Otoritas Jasa Keuangan