

FORMULIR PERMOHONAN PENCAIRAN DIVIDEN

- Mohon formulir diisi LENGKAP dengan menggunakan huruf CETAK dan pastikan Anda melengkapi persyaratan yang wajib dilampirkan.
- Mohon tidak menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong dan pastikan semua informasi yang dibutuhkan telah dipenuhi sebelum menandatangani.
- Mohon tidak menghapus jawaban Anda dengan cara apapun. Apabila koreksi perlu dilakukan, silahkan coret tulisan yang akan dikoreksi, cantumkan jawaban yang diinginkan dan bubuhkan tanda tangan Anda. Pastikan tanda tangan Anda sesuai dengan tanda tangan pada kartu identitas Anda.
- Permohonan yang diproses adalah permohonan dengan formulir asli dan ditandatangani oleh Pemilik Polis.
- Data yang tercantum dalam formulir ini akan digunakan untuk memproses pengajuan Anda. Apabila informasi yang tercantum tidak lengkap, maka PT Sun Life Financial Indonesia berhak untuk tidak melanjutkan proses pengajuan Anda sampai seluruh informasi tersebut dilengkapi.
- Apabila di kemudian hari data yang terdapat dalam formulir ini tidak benar atau perlu diperbaharui, Anda dapat mengajukan perbaikan atau pembaharuan data dengan menghubungi Call Center kami di 1 500 SUN (786) atau melalui email sli_care@sunlife.com.
- Data yang tercantum di dalam formulir ini adalah milik PT Sun Life Financial Indonesia. Seluruh karyawan, karyawan alih daya dan tenaga pemasar PT Sun Life Financial Indonesia 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 PT Sun Life Financial Indonesia. Apabila formulir ini tersebar tanpa sengaja atau tidak tersimpan dengan baik, mohon untuk memberitahukan segera melalui email ke sli_care@sunlife.com atau nomor telepon 1 500 SUN (786)

Nomor Polis :

Nama Pemilik Polis :

NIK : (Cantumkan Nomor Induk Kependudukan)

Nama Tertanggung :

Alamat Saat ini :

Kota/ Provinsi: Kode pos:.....

Nomor Telepon : Rumah : Kantor : Ext :

Handphone : (WAJIB diisi dengan nomor telpon yang aktif)

Alamat Surat Elektronik : (E-mail)

Mohon diubah sesuai data keterangan tersebut diatas untuk: Alamat Rumah Alamat E-mail Telp Rumah HP
 (Dapat dipilih lebih dari satu dan beri tanda -/ pada kotak sesuai perubahan yang diinginkan)

- Dokumen yang wajib dilampirkan :
- Fotokopi KTP/SIM/Paspor yang masih berlaku dan jelas
 - Fotokopi halaman depan buku tabungan yang jelas atas nama pemilik polis
 - Fotokopi dari dokumen pendukung lainnya jika dibutuhkan

Jika nama pada kartu Identitas dan atau nama pada rekening BERBEDA dengan nama yang tertera pada polis, mohon orang yang sama membuat surat pernyataan di atas meterai Rp 6.000,-.

Apakah Pemilik Polis dan/atau Pemegang Saham Pengendali* (jika Pemilik Polis adalah Lembaga) memiliki kewajiban pajak selain di Indonesia?

Ya, silakan lengkapi tabel di bawah ini** Tidak

Negara	Nomor Pokok Wajib Pajak/ Taxpayer Identification Number (TIN)	Alasan Jika Tidak ada TIN***

* Pemegang Saham Pengendali adalah orang /perseorangan yang mempunyai kemampuan untuk melakukan pengendalian atas sebuah lembaga.
 ** Khusus untuk Pemegang Saham Pengendali, silakan mengisi Formulir Pernyataan Kewajiban Pajak Luar Negeri dan/atau FATCA.

 - Alasan A, negara tidak menerbitkan TIN
 - Alasan B, Pemilik Polis tidak bisa mendapatkan TIN, mohon jelaskan _____
 - Alasan C, negara yang bersangkutan tidak mewajibkan TIN untuk keperluan CRS

Mohon dana Dividen tersebut digunakan untuk : (Pilih dan beri tanda ✓ pada kotak sesuai pilihan)

Pembayaran Premi Nomor Polis :

Jatuh tempo (tgl/bln/thn) : / /

(Jika Pemilik Polis memiliki Polis lain di PT Sun Life Financial Indonesia)

sebesar :

dan/atau

Transfer ke rekening (Wajib transfer ke rekening pemilik polis) sebesar

Nama pada Rekening :

Penulisan nama harus sesuai dengan nama di buku rekening

Nomor Rekening : Mata Uang yang digunakan: US\$ Rp

Apabila Polis Dollar dan rekening dalam mata uang Rupiah, maka kurs yang berlaku adalah kurs yang dikeluarkan oleh PT Sun Life Financial Indonesia

Nama dan Alamat Bank :

Jika dana akan ditransfer ke rekening selain pemilik polis, maka hanya diperbolehkan ke salah satu nama penerima manfaat atau yang memiliki hubungan keterikatan asuransi dengan pemilik polis dan WAJIB mengisi formulir tambahan yaitu Formulir Perintah Transfer dari Pemilik Polis yang langsung dilakukan dan diisi di kantor Pusat Layanan Nasabah PT Sun Life Financial Indonesia.

Pernyataan dan Persetujuan Pemilik Polis

Dengan ini Saya menyatakan dan menyetujui bahwa:

1. Formulir Permohonan Pencairan Dividen hanya berlaku untuk satu nomor polis dan akan diproses apabila seluruh data dan kelengkapan dokumen telah dipenuhi dan telah disetujui oleh PT Sun Life Financial Indonesia.
2. Sepanjang sepengetahuan dan keyakinan Saya, semua jawaban dari seluruh pertanyaan yang berhubungan dengan Pemilik Polis dan/atau Tertanggung 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 PT Sun Life Financial Indonesia 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.
3. Jika diperlukan PT Sun Life Financial Indonesia berhak untuk melakukan verifikasi transaksi termasuk berupa pengajuan permintaan informasi tambahan atau konfirmasi kepada Pemilik Polis.
4. Dana dividen hanya dapat ditransfer ke rekening atas nama Pemilik Polis. Apabila rekening dalam mata uang US Dollar, maka biaya transfer akan dibebankan pada Pemilik Polis dan kurs yang berlaku adalah kurs yang dikeluarkan oleh PT Sun Life Financial Indonesia.
5. Saya telah membaca, mengerti, memahami dan menyetujui persyaratan serta ketentuan pencairan dividen yang tertera pada formulir ini. Segala akibat yang timbul sehubungan dengan pencairan dividen ini menjadi tanggung jawab Saya sepenuhnya dan dengan ini saya membebaskan PT Sun Life Financial Indonesia dari segala macam tuntutan atau gugatan dalam bentuk apapun dari pihak manapun termasuk dari Saya.
6. 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.
7. Saya/kami menyatakan persetujuan untuk menerima korespondensi, pengkian informasi, penawaran produk dan/atau layanan dari Perusahaan, afiliasi dan mitra bisnis melalui surat, telepon, telepon seluler, e-mail, maupun saluran komunikasi pribadi lainnya.

Ditandatangani di Pada tanggal / / (Tanggal/Bulan/Tahun)

.....
Nama dan Tanda Tangan Pemilik Polis

(Tanda tangan sesuai dengan kartu identitas yang dilampirkan).

Jika terdapat perbedaan tanda tangan dengan KTP/Kartu identitas, WAJIB mengisi formulir perubahan/penegasan tanda tangan