

FORMULIR PENUNJUKAN PENERIMA MANFAAT POLIS (Sehubungan dengan Proses Klaim)

- 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 :

Nomor Telepon : Rumah : Kantor : Ext :

Handphone : (WAJIB diisi dengan nomor telpon yang aktif)

Alamat Saat ini :

Kota/Provinsi : Kode Pos : Telpon :

Alamat Surat Elektronik : (E-mail)

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

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

Kami yang bertandatangan di bawah ini adalah ahli waris yang selanjutnya bersama-sama disebut **"Pihak Pemberi Pernyataan dan Kuasa"**:

1. Nama Lengkap :

Nomor KTP :

Alamat :

Kota/Provinsi : Kode Pos : Telpon :

Nomor HP : Hubungan dengan Pemilik Polis :

2. Nama Lengkap :

Nomor KTP :

Alamat :

Kota/Provinsi : Kode Pos : Telpon :

Nomor HP : Hubungan dengan Pemilik Polis :

3. Nama Lengkap :

Nomor KTP :

Alamat :

Kota/Provinsi : Kode Pos : Telpon :

Nomor HP : Hubungan dengan Pemilik Polis :

4. Nama Lengkap :

Nomor KTP :

Alamat :

Kota/Provinsi : Kode Pos : Telpon :

Nomor HP : Hubungan dengan Pemilik Polis :

5. Nama Lengkap :

Nomor KTP :

Alamat :

Kota/Provinsi : Kode Pos : Telpon :

Nomor HP : Hubungan dengan Pemilik Polis :

Berdasarkan keterangan tersebut di atas, maka Pihak Pemberi Pernyataan dan Kuasa dengan ini menyatakan :

1. Bahwa sehubungan dengan pembayaran Manfaat Asuransi yang jatuh tempo, maka Pihak Pemberi Pernyataan dan Kuasa secara bersama-sama dengan ini memberikan KUASA KHUSUS untuk menerima Pembayaran Manfaat Asuransi Nilai Tahapan Jatuh Tempo dari Pihak Penanggung kepada salah satu dari nama ahli waris tersebut dan selanjutnya disebut "**Pihak Penerima Kuasa**" yaitu:

Nama Lengkap :

Nomor Rekening :

Nama pada Rekening :
(Penulisan nama harus sesuai dengan nama yang tertera pada buku rekening yang dilampirkan)

Nama dan Alamat Bank :

2. Dengan telah diterimanya pembayaran Manfaat Asuransi oleh Pihak Penerima Kuasa, maka Pihak Pemberi Pernyataan dan Kuasa dengan ini menyatakan bahwa seluruh tanggung jawab Pihak Penanggung yang terkait dengan polis telah selesai dilaksanakan dan Pihak Pemberi Pernyataan dan Kuasa dengan ini membebaskan Pihak Penanggung dari seluruh tanggung jawab hukum yang mungkin timbul dikemudian hari sehubungan dengan Pembayaran Manfaat Asuransi Tahapan Jatuh Tempo.
3. 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.
4. 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.
5. Pihak Pemberi Pernyataan dan kuasa dengan ini menyatakan membebaskan Pihak Penanggung dari seluruh tanggung jawab hukum yang mungkin timbul dikemudian hari, apabila ada tuntutan dan/atau gugatan dari pihak manapun sehubungan dengan pembayaran Manfaat Asuransi Tahapan yang sudah jatuh tempo yang dilakukan pihak Penanggung kepada Pihak Pemberi Pernyataan dan Kuasa melalui Pihak Penerima Kuasa.

Demikian Surat Pernyataan dan Kuasa ini dibuat dengan sebenar-benarnya, tanpa adanya tekanan dan/atau paksaan dari pihak manapun juga, untuk dapat dipergunakan sesuai dengan keperluannya.

Nama dan Tanda Tangan **Pihak Pemberi Pernyataan dan Kuasa** (Tanda tangan sesuai dengan fotokopi KTP yang dilampirkan)

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

1. _____

Materai
Rp. 6000

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Nama dan Tanda Tangan Pihak Penerima Kuasa
(Tanda tangan sesuai dengan fotokopi KTP yang dilampirkan)

Dokumen yang wajib dilampirkan :

- Fotokopi KTP yang masih berlaku dan jelas dari masing-masing ahli waris
- Melampirkan fotokopi kartu keluarga dari masing-masing ahli waris
- Melampirkan fotokopi buku tabungan atas nama Penerima Kuasa