**PT SUN LIFE FINANCIAL SYARIAH INDONESIA**

Menara Sun Life
Jln. Dr. Ide Anak Agung Gde Agung Blok 6.3
Kawasan Mega Kuningan Jakarta 12950
www.sunlife.co.id

Pusat Layanan Nasabah
Telp: 021-50995121 WA Interaktif: +6281-321-500-786
E-mail: SLI_Care.Syariah@sunlife.com
PT Sun Life Financial Syariah Indonesia telah berizin dan diawasi oleh OJK

# FORMULIR PENUNJUKAN PENERIMA MANFAAT POLIS
## *(Sehubungan dengan Proses Klaim)*

- Mohon isi formulir dengan lengkap menggunakan huruf cetak dan pastikan Anda melengkapi persyaratan yang wajib dilampirkan.
- Mohon tidak menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong. Pastikan semua informasi yang dibutuhkan telah dilengkapi sebelum Anda menandatanganinya.
- Mohon tidak menghapus jawaban Anda dengan cara apa pun. Apabila perlu dilakukan koreksi, silakan coret tulisan yang akan dikoreksi, cantumkan jawaban yang diinginkan, dan bubuhkan tanda tangan Anda. Pastikan tanda tangan tersebut sesuai dengan tanda tangan pada kartu identitas Anda.
- Permohonan hanya akan diproses apabila diajukan menggunakan formulir asli yang telah ditandatangani oleh Pemegang Polis.
- Data yang tercantum dalam formulir ini akan digunakan untuk memproses pengajuan Anda. Apabila informasi yang tercantum tidak lengkap, PT Sun Life Financial Syariah Indonesia berhak untuk tidak melanjutkan proses pengajuan Anda hingga seluruh informasi tersebut dilengkapi.
- Apabila di kemudian hari data yang tercantum dalam formulir ini diketahui tidak benar atau perlu diperbarui, Anda dapat mengajukan perbaikan atau pembaruan data dengan menghubungi Pusat Layanan kami di 021-50995121, melalui surel SLI_Care.Syariah@sunlife.com, atau melalui WhatsApp Interaktif di +6281-321-500-786.
- Data yang tercantum dalam formulir ini adalah milik PT Sun Life Financial Syariah Indonesia. Seluruh karyawan, karyawan alih daya, dan tenaga pemasar PT Sun Life Financial Syariah Indonesia wajib menjaga kerahasiaan data tersebut serta tidak diperkenankan memublikasikan, menyebarkan, atau memberikan data tersebut kepada pihak yang tidak berwenang tanpa izin tertulis terlebih dahulu dari PT Sun Life Financial Syariah Indonesia. Apabila formulir ini tersebar secara tidak sengaja atau tidak tersimpan dengan baik, mohon segera melaporkannya melalui surel SLI_Care.Syariah@sunlife.com, telepon 021-50995121, atau WhatsApp Interaktif di +6281-321-500-786.

Nomor Polis : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nama Pemegang Polis : .....

NIK : ..... *(Cantumkan Nomor Induk Kependudukan)*

Nama Peserta : .....

Nomor Telepon : Rumah : ..... Kantor: ..... Ext: .....

Nomor Ponsel..... *(WAJIB diisi dengan nomor telepon yang aktif)*

Alamat Saat ini : .....

Kota/Provinsi : ..... Kode Pos : ..... Telepon : .....

Alamat Surat Elektronik : ..... *(E-mail)*

Mohon diubah sesuai data keterangan tersebut di atas untuk: ☐ Alamat Rumah ☐ Alamat E-mail ☐ Telp Rumah ☐ No. Ponsel

*(Dapat dipilih lebih dari satu dan beri tanda V pada kotak sesuai perubahan yang diinginkan)*

**Wajib diisi:** Apakah Pemegang Polis dan/atau Pemegang Saham Pengendali* (jika Pemegang 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*** |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

* Pihak Pengendali: Individu merupakan Pemilik Manfaat (Beneficial Owner) yang menjalankan pengendalian atas suatu badan atau memiliki 25% saham atau lebih.
** Khusus untuk Pemegang Saham Pengendali, silakan mengisi Formulir Pernyataan Kewajiban Pajak Luar Negeri dan/atau FATCA.
*** - Alasan A, negara tidak menerbitkan TIN
- Alasan B, Pemegang Polis tidak bisa mendapatkan TIN, mohon jelaskan _____
- Alasan C, negara yang bersangkutan tidak mewajibkan TIN untuk keperluan CRS

Kami yang bertanda tangan 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 Pemegang Polis: .....

2. Nama Lengkap : .....

   Nomor KTP : .....

   Alamat :

   .....

   Kota/Provinsi : .....Kode Pos : ..... Telepon : .....

   Nomor HP : ..... Hubungan dengan Pemegang Polis: .....

3. Nama Lengkap : .....

   Nomor KTP : .....

   Alamat : .....

   Kota/Provinsi : .....Kode Pos : ..... Telpon : .....

   Nomor HP : ..... Hubungan dengan Pemegang Polis: .....

4. Nama Lengkap : .....

   Nomor KTP : .....

   Alamat : .....

   Kota/Provinsi : .....Kode Pos : ..... Telpon : .....

   Nomor HP : ..... Hubungan dengan Pemegang Polis: .....

5. Nama Lengkap : .....

   Nomor KTP : .....

   Alamat : .....

   Kota/Provinsi : .....Kode Pos : ..... Telpon : .....

   Nomor HP : ..... Hubungan dengan Pemegang 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 pengelola yang terkait dengan polis telah selesai dilaksanakan dan Pihak Pemberi Pernyataan dan Kuasa dengan ini membebaskan Pihak pengelola dari seluruh tanggung jawab hukum yang mungkin timbul di kemudian hari sehubungan dengan Pembayaran Manfaat Asuransi Tahapan Jatuh Tempo.
3. Sepanjang sepengetahuan dan keyakinan Saya, semua jawaban dari seluruh pertanyaan yang berhubungan dengan Pemegang Polis dan/atau Peserta 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 Syariah Indonesia (selanjutnya disebut "Pengelola") berhak menolak pengajuan perubahan ataupun membatalkan Polis sesuai dengan ketentuan Polis. Segala perubahan yang dapat mempengaruhi status kewajiban perpajakan Saya, atau informasi di dalam formulir ini menjadi tidak benar atau tidak lengkap, akan diberitahukan kepada Pengelola dalam jangka waktu 30 hari sejak terjadi perubahan.
4. Saya/kami mengizinkan Pengelola untuk memperoleh, mengumpulkan, mengolah, menganalisis, menyimpan, memperbaiki, memperbarui, menampilkan, mengumumkan, mentransfer, menyebarluaskan atau mengungkapkan, dan/atau menghapus atau memusnahkan seluruh data dan informasi pribadi yang sudah saya/kami berikan kepada Pengelola, afiliasi dan mitra bisnis dan/atau sudah dimiliki Pengelola, afiliasi dan mitra bisnis mengenai diri saya untuk tujuan investigasi, riset dan analisis pemasaran dan tujuan lainnya.
5. Dengan menandatangani formulir ini, Saya/Kami memahami dan setuju bahwa Pengelola dapat memberikan informasi yang Saya/kami berikan dalam formulir ini, termasuk informasi lainnya yang berada dalam penguasaan Pengelola yang relevan dengan kualifikasi perpajakan yang dinyatakan dalam formulir ini kepada otoritas perpajakan terkait yang diperlukan Pengelola untuk memenuhi kewajiban pelaporan perpajakan lokal dan internasional.
6. Saya/kami menyatakan persetujuan untuk menerima korespondensi, pengkinian informasi, penawaran produk dan/atau layanan dari Pengelola, afiliasi dan mitra bisnis melalui surat, telepon, telepon seluler, e-mail, maupun saluran komunikasi pribadi lainnya.
7. Saya/Kami dapat menarik kembali persetujuan pemrosesan Data Pribadi Saya/Kami yang telah diberikan kepada Pengelola, kecuali untuk kepentingan investigasi terkait pembayaran Manfaat Asuransi dan hal lain sehubungan dengan Polis serta ketentuan yang diatur dalam peraturan perundang-undangan.
8. Pihak Pemberi Pernyataan dan kuasa dengan ini menyatakan membebaskan Pihak pengelola dari seluruh tanggung jawab hukum yang mungkin timbul di kemudian hari, apabila ada tuntutan dan/atau gugatan dari pihak manapun sehubungan dengan pembayaran Manfaat Asuransi Tahapan yang sudah jatuh tempo yang dilakukan pihak pengelola 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. _____ 2. _____

Materai
Rp. 10,000

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*