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 berizin dan diawasi oleh OJK

FORMULIR PERNYATAAN PEMBAYAR KONTRIBUSI

- 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

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : .....

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

Tempat/Tanggal Lahir : .....

Nomor KTP/Paspor : .....

Alamat Saat ini : .....

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

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

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

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

Mohon diubah sesuai data keterangan tersebut di atas untuk: ☐ Alamat Rumah ☐ Alamat E-mail ☐ Telp Rumah ☐ Ponsel

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

Dokumen yang wajib dilampirkan :

- Fotokopi E-KTP (untuk WNI) atau Paspor dan KIMS/ KITAS/ KITAP (untuk WNA) yang masih berlaku dan jelas atas nama pembayar kontribusi
- Fotokopi kartu kredit / kartu debet yang masih berlaku dan jelas atas nama pembayar kontribusi

Menyatakan bahwa benar Saya membayarkan kontribusi atas polis:

Nomor Polis :

Nama Pemegang Polis : .....

Nama Peserta : .....

Dalam hubungannya dengan Peserta selaku : ☐ Diri Sendiri ☐ Suami/Istri ☐ Ayah/Ibu ☐ Anak Kandung ☐ Kakak/Adik Kandung ☐ Lainnya

Kontribusi sebesar : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐ US$ ☐ IDR

Terbilang : .....

Tanggal Jatuh Tempo : ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐ *(tanggal/bulan/tahun)*

Pembayaran kontribusi tersebut menggunakan kartu ☐ Kartu Kredit ☐ Kartu Debet .....

atas nama saya sebagai berikut:

Nomor Kartu : ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐

☐ Visa ☐ Master

Nama pada Kartu : .....

Bank Penerbit Kartu : ..... Masa Berlaku : ..... s/d .....

Wajib diisi: Apakah Pemegang Polis dan/atau Pihak 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 Pihak Pengendali, silakan mengisi Formulir Pernyataan Kewajiban Pajak Luar Negeri dan/atau FATCA

*** - Alasan A, Negara yang bersangkutan tidak menerbitkan TIN
- Alasan B, Negara yang bersangkutan tidak mewajibkan TIN untuk keperluan CRS
- Alasan C, Pemegang Polis tidak bisa mendapatkan TIN (mohon jelaskan alasannya)

Pernyataan, Persetujuan dan Kuasa

Dengan ini Saya/Kami memberi kuasa, menyatakan dan menyetujui bahwa:

1. Pengajuan Pernyataan Pembayar Kontribusi akan diproses setelah disetujui oleh PT Sun Life Financial Syariah Indonesia selanjutnya disebut "Pengelola".
2. Formulir Pernyataan ini hanya berlaku untuk satu nomor polis yang akan diproses apabila diisi dan ditandatangani Pemilik Kartu Kredit/Debet, langsung di depan staf Layanan Nasabah (Customer Service) Pengelola. Formulir Pernyataan akan dinyatakan tidak berlaku apabila diterima dari agen/kurir.
3. Memberikan kuasa kepada Pengelola melakukan pendebitan pada kartu kredit/Debet Saya/Kami untuk membayar sejumlah kontribusi dari Pemegang polis atas nama tersebut pada formulir ini dengan sepengetahuan Pemegang Polis dan tanpa paksaan dari pihak manapun.
4. Menyatakan apabila terdapat perbedaan nama pada Kartu kredit/debet dengan nama pada fotokopi kartu identitas yang dilampirkan adalah orang yang sama dan pada kedua dokumen tersebut adalah benar data Saya/Kami.
5. Sepanjang sepengetahuan dan keyakinan Saya/Kami, 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/Kami berikan tidak benar maka Pengelola berhak menolak pengajuan perubahan ataupun membatalkan Polis sesuai dengan ketentuan Polis. Segala perubahan yang dapat mempengaruhi status kewajiban perpajakan Saya/Kami, atau informasi didalam formulir ini menjadi tidak benar atau tidak lengkap, akan diberitahukan kepada Pengelola dalam jangka waktu 30 hari sejak terjadi perubahan.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. Saya telah membaca, mengerti, memahami dan menyetujui persyaratan dan ketentuan pembayar kontribusi yang tersebut pada formulir ini. Saya selaku pembayar Pengelola bertanggung jawab penuh atas seluruh informasi yang tercantum di dalamnya. Segala akibat yang timbul sehubungan dengan pembayaran kontribusi untuk nomor polis tersebut pada formulir ini menjadi tanggung jawab Saya sepenuhnya dan dengan ini Saya membebaskan Pengelola dari segala macam tuntutan atau gugatan dalam bentuk apapun dari pihak manapun termasuk dari Saya.

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

Mengetahui,

Meterai
Rp.10.000

.....	.....	.....
Nama & Tanda tangan Pembayar Kontribusi	Nama & Tanda tangan Pemegang Polis	Nama & Tanda tangan staf Layanan Nasabah (CS)

Tanda tangan WAJIB sesuai dengan kartu identitas yang dilampirkan

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