FORMULIR *BENEFICIAL OWNER* PERORANGAN

Khusus untuk produk Asuransi yang dipasarkan melalui jalur distribusi Bank Muamalat

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

Sunlife Syariah

Nomor Polis/Nomor SPAJ Syariah

Nama (Calon) Pemegang Polis

Nama (Calon) Peserta

A. KETENTUAN PENGISIAN FORMULIR *BENEFICIAL OWNER*

1. Yang dimaksud *Beneficial Owner* adalah setiap orang yang memiliki dana, yang mengendalikan transaksi Nasabah (Pemegang Polis), yang memberikan kuasa atas terjadinya suatu transaksi dan/atau yang melakukan pengendalian melalui badan hukum atau perjanjian. Bila (Calon) Peserta berusia kurang dari 17 Tahun dan (Calon) Pemegang Polis bukan orang tua kandung maka formulir ini wajib ditandatangani pula oleh Orang Tua kandung/Wali yang sah.
2. 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.
3. Formulir ini tidak boleh ditandatangani dalam keadaan kosong dan pastikan semua informasi yang diperlukan sudah dipenuhi sebelum formulir ini ditandatangani.

B. IDENTITAS *BENEFICIAL OWNER* PERORANGAN

Kartu Identitas Diri ☐ KTP ☐ Paspor — No. Kartu Identitas Diri

Berlaku Hingga / / ☐ Seumur Hidup — NPWP

Nama Lengkap (Sesuai Kartu Identitas Diri)

Kewarganegaraan ☐ Indonesia ☐ Asing :

Kota Kelahiran — Negara Kelahiran

Tanggal Lahir / / — Usia — Tahun — Agama

Jenis Kelamin ☐ Pria ☐ Wanita — Status Pernikahan ☐ Menikah ☐ Belum Menikah ☐ Janda/Duda

Hubungan dengan (Calon) Pemegang Polis ☐ Suami/Istri ☐ Anak Kandung ☐ Hubungan Kerja : ☐ Orang Tua ☐ Saudara Kandung ☐ Lainnya :

Pendidikan Formal Terakhir ☐ Pasca Sarjana ☐ Sarjana ☐ Diploma ☐ SMA ☐ SMP ☐ SD

Pekerjaan

Jabatan

Uraian Tugas

Nama Perusahaan/Lembaga

Bidang Usaha

Tujuan pengajuan asuransi ☐ Proteksi ☐ Investasi ☐ Pendidikan ☐ Pensiun ☐ Lainnya

Sumber dana pembayaran Kontribusi ☐ Gaji/Komisi ☐ Penghasilan Pasangan ☐ Hasil Usaha ☐ Lainnya

Sumber dan besar penghasilan (kotor) rutin

☐ Gaji dan/atau Komisi
Penjelasan tambahan untuk Gaji dan/atau Komisi

- ☐ Kurang dari Rp5 juta per bulan
- ☐ Rp5 juta - < Rp10 juta per bulan
- ☐ Rp10 juta - < Rp25 juta per bulan
- ☐ Rp25 juta - < Rp50 juta per bulan
- ☐ Rp50 juta - Rp100 juta per bulan
- ☐ > Rp100 juta per bulan

☐ Penghasilan Pasangan (Suami/Istri)
Penjelasan tentang penghasilan pasangan

- ☐ Kurang dari Rp5 juta per bulan
- ☐ Rp5 juta - < Rp10 juta per bulan
- ☐ Rp10 juta - < Rp25 juta per bulan
- ☐ Rp25 juta - < Rp50 juta per bulan
- ☐ Rp50 juta - Rp100 juta per bulan
- ☐ > Rp100 juta per bulan

☐ Hasil usaha dan/atau lainnya
Penjelasan usaha yang dimiliki dan/atau lainnya

- ☐ Kurang dari Rp5 juta per bulan
- ☐ Rp5 juta - < Rp10 juta per bulan
- ☐ Rp10 juta - < Rp25 juta per bulan
- ☐ Rp25 juta - < Rp50 juta per bulan
- ☐ Rp50 juta - Rp100 juta per bulan
- ☐ > Rp100 juta per bulan

Total penghasilan bersih rutin per tahun Rp

Alamat Tempat Tinggal *Beneficial Owner*

RT RW No. Kode Pos

Kota/Kabupaten

Provinsi dan Negara

Alamat Kantor/Lembaga *Beneficial Owner*

RT RW No. Kode Pos

Kota/Kabupaten

Provinsi dan Negara

Nomor Telepon aktif *Beneficial Owner*

No. HP

No. Telepon Rumah

Alamat *E-mail*

No. Telepon Kantor

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 Kontribusi auto debit rekening)

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

Jenis Kartu ☐ *Visa* ☐ *Master Card* Berlaku Hingga Bulan Tahun

C. DAFTAR KELENGKAPAN DOKUMEN

Dokumen yang wajib dilampirkan

☐ Fotokopi Kartu Identitas (Calon) Pemegang Polis yang masih berlaku (KTP/Paspor)

☐ Fotokopi Kartu Identitas *Beneficial Owner* yang masih berlaku (KTP/Paspor)

☐ Fotokopi Kartu Keluarga/Akte Kelahiran/Akte Nikah/Surat Keterangan Kerja/dokumen lain yang dapat membuktikan secara hukum hubungan antara (Calon) Pemegang Polis dengan *Beneficial Owner*

D. PERNYATAAN, PERSETUJUAN DAN KUASA

1. Sepanjang sepengetahuan dan keyakinan Saya, semua jawaban dari seluruh pertanyaan yang berhubungan dengan Peserta (dan yang berhubungan dengan Pemegang Polis jika Polis mempunyai manfaat tambahan "Pembebasan Kontribusi") 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 Pengelola 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 Pengelola dalam jangka waktu 30 hari sejak terjadi perubahan.
2. Saya/kami mengizinkan Pengelola untuk mengumpulkan, menggunakan, menyingkapkan, menyimpan, mengelola dan/atau memproses seluruh data dan informasi pribadi yang sudah saya/kami berikan kepada Pengelola dan/atau sudah dimiliki Pengelola mengenai diri saya untuk tujuan investigasi, riset dan analisis pemasaran dan tujuan lainnya. Dengan menandatangani formulir ini, saya memahami dan setuju bahwa Pengelola dapat memberikan informasi yang saya 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.

Beneficial Owner **:**

1. Memberikan kuasa kepada (Calon) Pemegang Polis untuk:
   a). Melakukan transaksi Polis berdasarkan nomor Polis/SPAJ Syariah 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 Pengelola melakukan pendebitan pada kartu kredit/debit Saya untuk membayar sejumlah Kontribusi dari (Calon) Pemegang Polis atas nama tersebut pada formulir ini dengan sepengetahuan (Calon) Pemegang 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 Pengelola 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) Pemegang Polis atau (Calon) Peserta 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 Pengelola 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 Kontribusi untuk nomor Polis/SPAJ Syariah 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.

(Calon) Pemegang Polis :

1. Saya telah menerima kuasa yang diberikan oleh *Beneficial Owner* sebagai (Calon) Pemegang 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.

3. 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.
4. 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.
5. 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.

- Data yang tercantum di dalam Formulir *Beneficial Owner* ini adalah milik Pengelola. Seluruh karyawan, karyawan alih daya dan tenaga pemasar Pengelola 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 Pengelola. Apabila formulir ini tersebar tanpa sengaja atau tidak tersimpan dengan baik, mohon untuk memberitahukan segera melalui *e-mail* ke sli_care.syariah@sunlife.com atau nomor telepon 021-50995121 atau WA Interaktif: +6281-321-500-786.

Ditandatangani di : _____ Pada Tanggal : Tanggal (__) / Bulan (__) / Tahun (____)

Ditandatangani sesuai dengan tanda tangan pada Kartu Identitas Diri yang dilampirkan

Nama dan Tanda Tangan (Calon) Peserta*	Nama dan Tanda Tangan (Calon) Pemegang Polis	Nama dan Tanda Tangan *Beneficial Owner*

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

Nama dan Tanda Tangan Agen/Tenaga Pemasar

Kode Agen/Tenaga Pemasar

Sunlife Syariah

PT Sun Life Financial Syariah 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.syariah@sunlife.com
Telepon : 021-50995121
WhatsApp Interactive: 08132-1500786
PT Sun Life Financial Syariah Indonesia
terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan