

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 Premi auto debit rekening)

Nomor Kartu Kredit

(Untuk cara bayar Premi 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) Pemilik Polis yang masih berlaku (KTP/SIM/Paspor)
- Fotokopi Kartu Identitas *Beneficial Owner* yang masih berlaku (KTP/SIM/Paspor)
- Fotokopi Kartu Keluarga/Akte Kelahiran/Akte Nikah/Surat Keterangan Kerja/dokumen lain yang dapat membuktikan secara hukum hubungan antara (Calon) Pemilik Polis dengan *Beneficial Owner*

D. PERNYATAAN, PERSETUJUAN DAN KUASA

1. Sepanjang sepengetahuan dan keyakinan Saya, semua jawaban dari seluruh pertanyaan yang berhubungan dengan Tertanggung (dan yang berhubungan dengan Pemilik Polis jika Polis mempunyai manfaat tambahan "Pembebasan Premi") 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 Perusahaan 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.
2. 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.

Beneficial Owner :

1. Memberikan kuasa kepada (Calon) Pemilik Polis untuk:
 - a). Melakukan transaksi Polis berdasarkan nomor Polis/SPAJ 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 Perusahaan melakukan pendebitan pada kartu kredit/debit Saya untuk membayar sejumlah Premi dari (Calon) Pemilik Polis atas nama tersebut pada formulir ini dengan sepengetahuan (Calon) Pemilik 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 Perusahaan 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) Pemilik Polis atau (Calon) Tertanggung 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 Perusahaan 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 Premi untuk nomor Polis/SPAJ tersebut pada formulir ini menjadi tanggung jawab Saya sepenuhnya dan dengan ini Saya membebaskan Perusahaan dari segala macam tuntutan atau gugatan dalam bentuk apapun dari pihak manapun termasuk dari Saya.

(Calon) Pemilik Polis :

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

- Data yang tercantum di dalam Formulir *Beneficial Owner* ini adalah milik Perusahaan. Seluruh karyawan, karyawan alih daya dan tenaga pemasar Perusahaan 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 Perusahaan. Apabila formulir ini tersebar tanpa sengaja atau tidak tersimpan dengan baik, mohon untuk memberitahukan segera melalui *e-mail* ke sli_care@sunlife.com atau nomor telepon 1 500 SUN (786).

Ditandatangani di :

Pada Tanggal : Tanggal / Bulan / Tahun

Ditandatangani sesuai dengan tanda tangan pada Kartu Identitas Diri yang dilampirkan

 Nama dan Tanda Tangan
 (Calon) Tertanggung*

 Nama dan Tanda Tangan
 (Calon) Pemilik Polis

 Nama dan Tanda Tangan *Beneficial Owner*

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

 Nama dan Tanda Tangan Agen/Tenaga Pemasar

Kode Agen/Tenaga Pemasar



PT Sun Life Financial 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@sunlife.com
 Telepon : 1500SUN (1500786)
 WA Interaktif : 08132 1500786

PT Sun Life Financial Indonesia berizin dan diawasi oleh
 Otoritas Jasa Keuangan