



### FORMULIR PERNYATAAN PEMBAYAR PREMI/ KONTRIBUSI

- 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)

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : .....

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

Tempat/Tanggal Lahir : .....

Nomor KTP/SIM/Passpor : .....

Alamat Saat ini : .....

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

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

Handphone: ..... (WAJIB diisi dengan nomor telpon yang aktif)

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

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

#### Dokumen yang wajib dilampirkan :

- Fotokopi KTP/SIM/Paspor yang masih berlaku dan jelas atas nama pembayar premi
- Fotokopi kartu kredit / kartu debit yang masih berlaku dan jelas atas nama pembayar premi

Menyatakan bahwa benar Saya membayarkan premi/ kontribusi atas polis:

Nomor Polis :

Nama Pemilik Polis : .....

Nama Tertanggung : .....

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

Premi/ Kontribusi sebesar :   US\$  IDR

Terbilang : .....

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

Pembayaran premi/ kontribusi tersebut menggunakan :  Kartu Kredit  Kartu Debet .....

atas nama Saya sebagai berikut :

Nomor Kartu :     -     -     -      
 Visa  Master

Nama pada Kartu : .....

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

Apakah Pembayar Premi/ Kontribusi dan/atau Pemegang Saham Pengendali\* (jika Pembayar Premi/ Kontribusi 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

### Pernyataan, Persetujuan dan Kuasa

Dengan ini Saya memberi kuasa, menyatakan dan menyetujui bahwa:

- 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) PT Sun Life Financial Indonesia. Formulir Pernyataan akan dinyatakan tidak berlaku apabila diterima dari agen/kurir.
- Memberikan kuasa kepada PT Sun Life Financial Indonesia melakukan pendebitan pada kartu kredit/Debet Saya untuk membayar sejumlah premi/ kontribusi dari pemilik polis atas nama tersebut pada formulir ini dengan sepengetahuan pemilik polis dan tanpa paksaan dari pihak manapun.
- 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.
- 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.
- 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.
- Saya/kami menyatakan persetujuan untuk menerima korespondensi, penginian informasi, penawaran produk dan/atau layanan dari Perusahaan, afiliasi dan mitra bisnis melalui surat, telepon, telepon seluler, e-mail, maupun saluran komunikasi pribadi lainnya.
- Saya telah membaca, mengerti, memahami dan menyetujui persyaratan dan ketentuan pembayar premi yang tersebut pada formulir ini. Saya selaku pembayar premi bertanggung jawab penuh atas seluruh informasi yang tercantum di dalamnya. Segala akibat yang timbul sehubungan dengan pembayaran premi untuk nomor polis tersebut pada formulir ini menjadi tanggung jawab Saya sepenuhnya dan dengan ini Saya membebaskan PT Sun Life Financial Indonesia 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 Premi/ Kontribusi

.....  
Nama & Tanda tangan Pemilik 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