



Alamat Tempat Tinggal *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*

Alamat Kantor/Lembaga *Beneficial Owner*

RT  RW  No.  Kode Pos

Kota/Kabupaten

Provinsi dan Negara

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) Peserta 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) Peserta dengan *Beneficial Owner*

### D. PERNYATAAN, PERSETUJUAN DAN KUASA

1. Sepanjang sepengetahuan dan keyakinan Saya, semua jawaban dari seluruh pertanyaan yang berhubungan dengan Pihak Yang Diasuransikan (dan yang berhubungan dengan Peserta 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) Peserta 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) Peserta atas nama tersebut pada formulir ini dengan sepengetahuan (Calon) Peserta 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) Peserta atau (Calon) Pihak Yang Diasuransikan 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) Peserta :**

1. Saya telah menerima kuasa yang diberikan oleh *Beneficial Owner* sebagai (Calon) Peserta 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 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@sunlife.com](mailto: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) Pihak Yang Diasuransikan\*

\_\_\_\_\_  
 Nama dan Tanda Tangan  
 (Calon) Peserta

\_\_\_\_\_  
 Nama dan Tanda Tangan *Beneficial Owner*

\* Jika (Calon) Pihak Yang Diasuransikan berusia kurang dari 17 tahun, maka ditandatangani oleh Orang Tua/Wali dari (Calon) Pihak Yang Diasuransikan.

\_\_\_\_\_  
 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](http://www.sunlife.co.id)  
 Pusat Layanan Nasabah  
 E-mail : [sli\\_care@sunlife.com](mailto:sli_care@sunlife.com)  
 Telepon : 1 500 SUN (1 500 786)  
 Faksimile : (6221) 2966 9806

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