

Pernyataan, Persetujuan dan Kuasa

Dengan ini Saya memberi kuasa, menyatakan dan menyetujui bahwa:

1. 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.
2. Memberikan kuasa kepada PT Sun Life Financial Indonesia melakukan pendebitan pada kartu kredit/Debet Saya untuk membayar sejumlah premi dari pemilik polis atas nama tersebut pada formulir ini dengan sepengetahuan pemilik polis dan tanpa paksaan dari pihak manapun.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. Saya/kami menyatakan persetujuan untuk menerima korespondensi, pengkinian informasi, penawaran produk dan/atau layanan dari Perusahaan, afiliasi dan mitra bisnis melalui surat, telepon, telepon seluler, e-mail, maupun saluran komunikasi pribadi lainnya.
7. 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,

Nama & Tanda tangan Pembayar Premi

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