PT Asuransi Jiwa BCA
Chase Plaza Lantai 22 | Jl. Jend. Sudirman Kav 21, Jakarta 12920
Telepon: (021) 21 888 000 | Faks: (021) 2934 7977 | Email: customer@bcalife.co.id

FORMULIR PIHAK KETIGA

- Pihak ketiga adalah pihak selain Pemegang Polis dan/atau Tertanggung; dapat sebagai Pembayar Premi dan/atau "*Beneficial Owner*" yang memiliki hubungan "*Insurable Interest.*"
- *Beneficial Owner* berdasarkan Peraturan Menteri Keuangan Nomor 30/PMK.010/2010 tentang Penerapan Prinsip Mengenal Nasabah bagi Lembaga Keuangan Non Bank adalah setiap orang yang memiliki dana, yang mengendalikan transaksi Nasabah, yang memberikan kuasa atas terjadinya suatu transaksi dan/atau yang melakukan pengendalian melalui badan hukum atau perjanjian.

Informasi Penting Pengisian Formulir Pihak Ketiga
1. Wajib mengisi dengan benar dan lengkap pertanyaan di bawah ini sesuai dengan keadaan yang sebenarnya.
2. Diisi menggunakan tinta hitam dan menggunakan huruf besar/kapital.
3. Gunakan tanda silang (X) pada pilihan kolom kotak dan wajib menandatangani setiap koreksi penulisan.
4. Formulir pernyataan ini hanya berlaku untuk 1 (satu) nomor Surat Pengajuan Asuransi Jiwa (SPAJ)/nomor Polis.

A. DATA CALON PEMEGANG POLIS

1. Nomor SPAJ/Polis :
2. Nama Lengkap (Sesuai dengan Identitas Diri) :
3. Alamat Tempat Tinggal (Bila tidak sesuai kartu Identitas Diri, diisi dengan lengkap menginformasikan nomor rumah, RT, RW, Kelurahan & Kecamatan) :
   Kota: Kode Pos:
   Telp: -
4. Nomor Ponsel 1 : 2 :
5. Alamat *e-mail* :

B. PERTANYAAN YANG BERHUBUNGAN DENGAN PIHAK KETIGA

Apakah dalam pengajuan asuransi Anda, selain Anda dan Calon Tertanggung ada Pihak ketiga yang:

1. Meminta Anda untuk mengajukan asuransi ini? ☐ Ya ☐ Tidak
   Bila "Ya", hubungan dengan Anda? ☐ Suami/Istri ☐ Anak ☐ Orang Tua ☐ Saudara kandung
   ☐ Lainnya, sebutkan .....
2. Menjadi Pembayar Premi Polis asuransi ini? ☐ Ya ☐ Tidak
   Bila "Ya", hubungan dengan Anda? ☐ Suami/Istri ☐ Anak ☐ Orang Tua ☐ Saudara kandung
   ☐ Lainnya, sebutkan .....
3. Meminta hak atas manfaat Polis ☐ Ya ☐ Tidak
   Bila "Ya", hubungan dengan Anda? ☐ Suami/Istri ☐ Anak ☐ Orang Tua ☐ Saudara kandung
   ☐ Lainnya, sebutkan .....

Bila jawaban Anda "Ya" pada salah satu atau lebih pertanyaan diatas, mohon isi dan lengkapi data di bawah ini :

C. DATA CALON PIHAK KETIGA PERORANGAN

1. Nomor CIN : (*Dilengkapi oleh Bank*)
2. Nama Lengkap (Sesuai dengan Identitas Diri) :
3. Jenis Identitas Diri : ☐ KTP ☐ Paspor ☐ KIMS/KITAS ☐ Lainnya, sebutkan .....
4. Nomor Identitas Diri KTP/Paspor/KIMS/KITAS :
   Masa Berlaku : - - (Tanggal/Bulan/Tahun)
5. Tempat Kelahiran :
   Tanggal Lahir : - - (Tanggal/Bulan/Tahun)
6. Kewarganegaraan : ☐ WNI ☐ WNA, sebutkan .....
   Jika jawaban "WNA" mohon melampirkan fotokopi KITAS & Paspor, dan melengkapi kuesioner WNA
7. Apakah Anda merupakan warga negara atau wajib pajak Amerika Serikat? ☐ Ya ☐ Tidak
   (Jika jawaban "Ya" mohon melampirkan formulir W8/W9)
8. Jenis Kelamin : ☐ Laki-laki ☐ Perempuan
9. Status Pernikahan : ☐ Belum Menikah ☐ Menikah ☐ Janda/Duda
10. Agama : ☐ Islam ☐ Kristen Katolik ☐ Kristen Protestan ☐ Hindu ☐ Budha ☐ Kong Hu Cu
11. a. Nama Perusahaan/Instansi/Sekolah :
    Pekerjaan Utama :

Bidang Usaha :

Jabatan :

Uraian Pekerjaan :

b. Pekerjaan Tambahan :

12. Alamat Tempat Tinggal :
(Bila tidak sesuai kartu Identitas Diri, diisi dengan lengkap menginformasikan nomor rumah, RT, RW, Kelurahan & Kecamatan)

Kota: Kode Pos:

Telp: -

13. Nomor Ponsel 1 : 2 :

14. Alamat *e-mail* :

15. Alamat Kantor :

Kota: Kode Pos:

16. Alamat Korespondensi : ☐ Alamat Tempat Tinggal ☐ Alamat Kantor

17. Hubungan dengan Calon Tertanggung : ☐ Diri Sendiri ☐ Suami/Istri ☐ Orang Tua/Anak ☐ Perusahaan/Karyawan
☐ Lainnya, sebutkan .....

18. Tujuan Pembelian Asuransi : ☐ Tabungan ☐ Proteksi ☐ Investasi ☐ Pendidikan
☐ Lainnya, sebutkan .....

19. Nomor NPWP (jika ada) :
Tanggal Terdaftar : (Tanggal/Bulan/Tahun)

20. Penghasilan Kotor per Tahun :

Gaji : ☐ Rp ☐ USD Jumlah Penghasilan/tahun:

Hasil Usaha : ☐ Rp ☐ USD Jumlah Penghasilan/tahun:

Penghasilan Lainnya : ☐ Rp ☐ USD Jumlah Penghasilan/tahun:

Jelaskan Sumbernya :

21. Sumber Dana Pembelian Asuransi :

D. DATA CALON PIHAK KETIGA NON PERORANGAN

1. Nama Perusahaan :

2. Nama Direktur/Penerima Kuasa/Yang Ditunjuk :

3. Jenis Perusahaan : ☐ Perseroan Terbatas ☐ Yayasan ☐ BUMN ☐ Lainnya, sebutkan .....

4. Nomor Anggaran Dasar/Akta Pendirian :
Tanggal Berlaku : - - (Tanggal/Bulan/Tahun)

5. Nomor Surat Izin Usaha :
Tanggal Berlaku : - - (Tanggal/Bulan/Tahun)

6. Nomor TDP :
Tanggal Berlaku : - - (Tanggal/Bulan/Tahun)

7. Nomor SKDP (Domisili) :
Tanggal Berlaku : - - (Tanggal/Bulan/Tahun)

8. Nomor NPWP (jika ada) :
Tanggal Terdaftar : - - (Tanggal/Bulan/Tahun)

9. Bidang Usaha :

10. Alamat Perusahaan :
(Sesuai SKDP)

Kota: Kode Pos:

11. Aset Perusahaan (Rp) : ☐ <100 Juta ☐ 100 Juta-1 Miliar ☐ >1 Miliar-10 Miliar ☐ >10 Miliar-100 Miliar ☐ >100 Miliar

12. Jumlah Penghasilan (Rp) : ☐ <100 Juta ☐ 100 Juta-1 Miliar ☐ >1 Miliar-10 Miliar ☐ >10 Miliar-100 Miliar ☐ >100 Miliar

13. Hubungan dengan Calon Tertanggung : ☐ Perusahaan/Karyawan ☐ Lainnya, sebutkan .....

14. Tujuan Pembelian Asuransi : ☐ Tabungan ☐ Proteksi ☐ Investasi ☐ Pendidikan
☐ Lainnya, sebutkan .....

E. DOKUMEN YANG WAJIB DILAMPIRKAN

1. Pihak Ketiga Perorangan:
   - Untuk WNI melampirkan fotokopi Identitas Diri (KTP/Paspor) sedangkan untuk WNA melampirkan Paspor & KITAS yang masih berlaku dan jelas atas nama Pemegang Polis & Pihak Ketiga.
   - Melampirkan akta lahir/akta pernikahan/kartu keluarga atau surat lain yang dapat membuktikan secara hukum hubungan Pemegang Polis & Pihak Ketiga.
2. Pihak Ketiga Non Perorangan:
   - Fotokopi kartu Identitas Diri Penerima Kuasa/ petugas yang ditunjuk oleh Pihak ketiga untuk menandatangani Formulir ini.
   - Fotokopi kartu Identitas Diri pemilik atau pemegang saham pengendali akhir (*controlling shareholder*).
   - Surat Kuasa/Penunjukan Pihak ketiga kepada penerima kuasa/petugas yang ditunjuk.
   - Anggaran dasar terakhir yang menjelaskan data jumlah modal, susunan pemegang saham, direksi dan komisaris terakhir.
   - Surat keterangan Domisili.
   - Laporan Keuangan Terkini.
   - Fotokopi Surat Ijin Usaha, NPWP Perusahaan.

Data Rekening Bank Pihak Ketiga:

Nama Pemilik Rekening :

Nomor Rekening :

Nama Bank :

Cabang :

F. PERNYATAAN KUASA

Dengan ini Saya/Kami sebagai Pihak Ketiga menyatakan dan menyetujui bahwa:

1. Memberikan kuasa kepada Calon Pemegang Polis untuk melakukan transaksi Polis berdasarkan nomor SPAJ/Polis tersebut di atas. Tidak terbatas untuk melakukan penarikan dana, penambahan dana, pengalihan dana, pengajuan klaim, pembatalan/penutupan Polis, penunjukkan Penerima Manfaat dan perubahan-perubahan lainnya. Kuasa ini tetap berlaku meskipun Saya/Kami telah meninggal dunia.
2. Memberikan kuasa kepada PT Asuransi Jiwa BCA (Penanggung) dalam melakukan pendebitan pada rekening tabungan/kartu kredit Saya/Kami, untuk membayar sejumlah Premi dari Polis atas nama Pemegang Polis sebagaimana tercantum pada formulir ini.
3. Seluruh dokumen pendukung yang menerangkan mengenai identitas maupun sumber dana dari Pihak ketiga 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 tindakan pencucian uang atau pembiayaan kegiatan teroris.
4. Bertanggung jawab penuh atas seluruh informasi yang tercantum di dalam formulir ini. Segala akibat yang timbul sehubungan dengan pembayaran Premi untuk nomor SPAJ/Polis tersebut pada formulir ini menjadi tanggung jawab Saya/Kami sepenuhnya. Saya/Kami membebaskan Penanggung dari segala macam tuntutan atau gugatan dalam bentuk apapun dari pihak manapun termasuk dari Saya/Kami.

Ditandatangani di : Pada tanggal : - - (Tanggal/Bulan/Tahun)

Calon Pihak Ketiga	Calon Pemegang Polis	Tenaga Penjual
Nama Lengkap & Tanda Tangan	Nama Lengkap & Tanda Tangan	Nama Lengkap & Tanda Tangan