

## 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 Otoritas Jasa Keuangan Nomor 12/POJK.01/2017 tentang Penerapan Program Anti Pencucian Uang dan Pencegahan Pendanaan Terorisme di Sektor Jasa Keuangan adalah setiap orang yang berhak atas dan/ atau menerima manfaat tertentu yang berkaitan dengan rekening Nasabah; merupakan pemilik sebenarnya dari dana dan /atau efek yang ditempatkan pada PJK (Ultimately Own Account); mengendalikan transaksi Nasabah; memberikan kuasa untuk melakukan transaksi; mengendalikan korporasi atau perekatan lainnya (legal arrangement); dan /atau merupakan pengendali akhir dari transaksi yang dilakukan melalui badan hukum atau berdasarkan suatu 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 .....
7. Pemegang Kartu US Green Card/ Izin Tinggal Tetap di Amerika Serikat /  Ya, (mohon lengkapi pertanyaan dibawah)  Tidak  
 residensi pajak selain Indonesia/ memiliki kartu identitas pembayar pajak dari negara lain :

Nama Negara: (Jika wajib pajak Amerika Serikat, mohon mengisi TIN/SSN dan wajib melampirkan Formulir W8 /W9)

No TIN (Nomor Identitas Pajak)/Setara TIN/Keterangan lain:

8. Jenis Kelamin :  Laki-laki  Perempuan
9. Status Pernikahan :  Belum Menikah  Menikah  Janda/Duda
10. Pekerjaan :
11. Nama Tempat Bekerja :
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 Perusahaan :   
 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 (wajib diisi) :   
 Tanggal Terdaftar:  -  -  (Tanggal/Bulan/Tahun)
20. Penghasilan bersih perbulan (apabila penghasilan yang diperoleh adalah dalam mata uang asing, maka yang dicantumkan adalah ekuivalen rupiah menggunakan kurs tengah bank Indonesia pada saat pengisian SPAJ ini) :  
 Tidak Ada  < Rp 5 juta  Rp5juta s/d <Rp10 juta  Rp10juta s/d <Rp25 juta  
 Rp25juta s/d < Rp 50 juta  Rp50juta s/d <Rp 100 juta  >Rp 100 juta
21. Sumber Dana Pembelian Asuransi :  Gaji  Hasil usaha  Bonus  Lainnya, sebutkan .....

**D. DATA CALON PIHAK KETIGA NON PERORANGAN**

1. Nomor CIN :  (Dilengkapi oleh Bank)
2. Nama Perusahaan :
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 (wajib diisi) :   
 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 .....

15. Pemegang Kartu US Green Card/ Izin Tinggal Tetap di Amerika Serikat/ residensi pajak selain Indonesia/ memiliki kartu identitas pembayar pajak dari negara lain :  Ya, (mohon lengkapi pertanyaan dibawah)  Tidak

Nama Negara: (Jika wajib pajak Amerika Serikat, mohon mengisi TIN/SSN dan wajib melampirkan Formulir W8/W9)  No TIN (Nomor Identitas Pajak)/Setara TIN/Keterangan lain:

**Pihak Yang Ditunjuk Untuk Menerima Kuasa dan Berwenang Untuk Bertindak Untuk dan Atas Nama Perusahaan**

1 Nama Lengkap (sesuai dengan Identitas Diri) :

2 Jabatan/Pangkat/Golongan :

3 Nomor Identitas Diri :

Masa berlaku :  /  /   
Tgl Bln Tahun

- E. DOKUMEN YANG WAJIB DILAMPIRKAN**
- Pihak Ketiga Perorangan:
    - Untuk WNI melampirkan fotokopi Identitas Diri (KTP) sedangkan untuk WNA melampirkan Paspor & KITAP/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.
  - 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:

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Dengan mengacu pada peraturan perundang-undangan yang berlaku di Indonesia, dengan ini Saya menyatakan: Memberikan persetujuan dan kuasa kepada Penanggung untuk menyampaikan data dan informasi Saya/Kami kepada regulator atau otoritas pajak di Indonesia maupun negara/yurisdiksi lain sesuai dengan perjanjian di antara otoritas untuk pertukaran informasi keuangan. Saya/Kami memahami dan menyetujui bahwa dalam hal Saya/Kami tidak memberikan persetujuan kepada Penanggung untuk pemberian data dan informasi perpajakan Saya/Kami tersebut di atas, maka Penanggung berhak dan berwenang penuh untuk:
  - Menolak pengajuan pertanggungan asuransi dan/atau hubungan finansial dengan Saya/Kami;
  - Melakukan penghentian layanan terkait rekening dan/atau layanan Polis yang telah Saya/Kami miliki, kecuali untuk memenuhi kewajiban yang telah diperjanjikan antara Penanggung dan Pemegang Polis, memenuhi kewajiban berdasarkan peraturan perundang-undangan dan untuk penutupan rekening.

Apabila terdapat perubahan kondisi yang mempengaruhi residensi pajak Saya/Kami atau menyebabkan informasi dalam SPAJ ini menjadi tidak benar dan atau tidak lengkap, maka Saya/Kami memahami bahwa Saya/Kami wajib untuk memberitahukan perubahan tersebut kepada Penanggung selambatnya 90 (Sembilan puluh) hari kalender sejak terjadinya perubahan dan memperbaharui pernyataan diri (*self-certification*)

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