

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 perundang - undangan yang berlaku adalah setiap orang yang berhak atas dan/atau menerima manfaat tertentu yang mengendalikan transaksi Nasabah; memberikan kuasa untuk melakukan transaksi; mengendalikan korporasi atau perikatan 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
- Jika jawaban "WNA" mohon melampirkan fotokopi KITAS & Paspor, dan melengkapi kuesioner WNA
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
22. Nama Gadis Ibu Kandung :

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 rekening dana atau pembebanan 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 Pihak Ketiga adalah jujur, benar, akurat, dan sah secara hukum. Dana tersebut tidak berasal dari kegiatan - kegiatan yang melanggar atau bertentangan dengan hukum dan tujuan pembelian asuransi sebagaimana dimaksud dalam formulir ini tidak ditujukan untuk tindakan pencucian uang, pembiayaan kegiatan terorisme dan/atau pendanaan proliferasi senjata pemusnah massal.
- Bertanggungjawab sepenuhnya atas seluruh data dan/atau informasi yang tercantum dalam formulir ini termasuk kerugian yang terbukti ditimbulkan akibat informasi dan/atau data yang disampaikan secara tidak jujur, tidak benar, dan tidak akurat.
- Memberikan persetujuan kepada Penanggung untuk mengumpulkan, menyimpan, mengolah, serta menggunakan informasi atau keterangan yang Saya/Kami berikan atau sampaikan dalam formulir ini dalam rangka proses pengajuan produk Asuransi dan selama Polis aktif guna pemanfaatan produk dan/atau layanan.
- Memberikan kuasa kepada Penanggung untuk memberikan atau membagikan data dan/atau informasi Saya/Kami yang tercantum dalam formulir ini kepada pihak lain termasuk tetapi tidak terbatas pada lembaga atau badan hukum dalam rangka memenuhi kewajiban hukum Penanggung.
- Memiliki hak atas perlindungan data pribadi sebagaimana diatur dalam ketentuan hukum yang berlaku. Hak-hak tersebut mencakup hak untuk mengakses, memperbaiki, menghapus, membatasi pemrosesan, menolak pemrosesan untuk tujuan tertentu, serta menarik persetujuan atas penggunaan data pribadi milik Saya/Kami. Namun demikian, Penanggung dapat menolak permintaan Saya/Kami antara lain apabila jika diperkenankan menurut hukum yang berlaku atau permintaan Saya/Kami bertentangan dengan kepentingan hukum yang berlaku.
- Mengetahui dan memahami bahwa Penanggung dapat melakukan penyimpanan data dan/atau informasi milik Saya/Kami sesuai dengan ketentuan retensi penyimpanan data yang berlaku di Penanggung. Penanggung dapat menyimpan data dan/atau informasi Saya/Kami lebih lama dari batas waktu yang ditentukan

jika hal tersebut diperlukan untuk pemenuhan proses penegakan hukum serta kepentingan pengawasan sektor jasa keuangan yang dilakukan oleh penyelenggaraan negara.

9. 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:
- a. Menolak pengajuan pertanggungan asuransi dan/atau hubungan finansial dengan Saya/Kami;
 - b. 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.
- Dalam hal terdapat perubahan kondisi yang mempengaruhi residensi pajak Saya/Kami atau menyebabkan informasi dalam formulir ini menjadi tidak benar dan/atau tidak akurat, 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).

Seluruh data dan informasi akan diproses mengacu pada kebijakan internal perusahaan dan peraturan yang berlaku. Kebijakan internal mengenai perlindungan data dapat diakses melalui Kebijakan Privasi dalam website resmi kami www.bcalife.co.id

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

Calon Pihak Ketiga
Nama Lengkap & Tanda Tangan

Calon Pemegang Polis
Nama Lengkap & Tanda Tangan

Tenaga Penjual
Nama Lengkap & Tanda Tangan