

FORMULIR PIHAK KETIGA

- Pihak ketiga adalah pihak selain Pemegang Polis dan/atau Tertanggung; dapat sebagai Pembayar Premi "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

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

A. DATA CALON PEMEGANG POLIS

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

B. PERTANYAAN YANG BERHUBUNGAN DENGAN PIHAK KETIGA

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

- Meminta Anda untuk mengajukan asuransi ini? ☐ Ya ☐ Tidak
Bila "Ya", hubungan dengan Anda? ☐ Suami/Istri ☐ Anak ☐ Orang Tua ☐ Saudara kandung
☐ Lainnya, sebutkan
- Menjadi Pembayar Premi Polis asuransi ini? ☐ Ya ☐ Tidak
Bila "Ya", hubungan dengan Anda? ☐ Suami/Istri ☐ Anak ☐ Orang Tua ☐ Saudara kandung
☐ Lainnya, sebutkan
- 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

- Nomor CIN : (Dilengkapi oleh Bank)
- Nama Lengkap :
(Sesuai dengan Identitas Diri)
- Jenis Identitas Diri : ☐ KTP ☐ Paspor ☐ KIMS/KITAS ☐ Lainnya, sebutkan
- Nomor Identitas Diri :
KTP/Paspor/KIMS/KITAS
Masa Berlaku : - - (Tanggal / Bulan / Tahun)
- Tempat Kelahiran :
Tanggal Lahir : - - (Tanggal / Bulan / Tahun)
- Kewarganegaraan : ☐ WNI ☐ WNA, sebutkan
Jika jawaban "WNA" mohon melampirkan fotokopi KITAS & Paspor, dan melengkapi kuesioner WNA
- Apakah Anda merupakan warga negara atau wajib pajak Amerika Serikat? ☐ Ya ☐ Tidak
(Jika jawaban "Ya" mohon melampirkan formulir W8/W9)
- Jenis Kelamin : ☐ Laki-laki ☐ Perempuan
- Status Pernikahan : ☐ Belum Menikah ☐ Menikah ☐ Janda/Duda
- Agama : ☐ Islam ☐ Kristen Katolik ☐ Kristen Protestan ☐ Hindu ☐ Budha ☐ Kong Hu Cu
- 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	:	<input type="checkbox"/> Alamat Tempat Tinggal <input type="checkbox"/> Alamat Kantor																				
17. Hubungan dengan Calon Tertanggung	:	<input type="checkbox"/> Diri Sendiri <input type="checkbox"/> Suami/Istri <input type="checkbox"/> Orang Tua/Anak <input type="checkbox"/> Perusahaan/Karyawan <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan																				
18. Tujuan Pembelian Asuransi	:	<input type="checkbox"/> Tabungan <input type="checkbox"/> Proteksi <input type="checkbox"/> Investasi <input type="checkbox"/> Pendidikan <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan																				
19. Nomor NPWP (jika ada)	:																					
	Tanggal Terdaftar :											(Tanggal /Bulan /Tahun)										
20. Penghasilan Kotor per Tahun	:																					
Gaji	:	<input type="checkbox"/> Rp <input type="checkbox"/> USD	Jumlah Penghasilan /tahun:																			
Hasil Usaha	:	<input type="checkbox"/> Rp <input type="checkbox"/> USD	Jumlah Penghasilan /tahun:																			
Penghasilan Lainnya	:	<input type="checkbox"/> Rp <input type="checkbox"/> 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	:	<input type="checkbox"/> Perseroan Terbatas <input type="checkbox"/> Yayasan <input type="checkbox"/> BUMN <input type="checkbox"/> 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) :	<input type="checkbox"/> <100 Juta <input type="checkbox"/> 100 Juta-1 Miliar <input type="checkbox"/> >1 Miliar-10 Miliar <input type="checkbox"/> >10 Miliar-100 Miliar <input type="checkbox"/> >100 Miliar																					
12. Jumlah Penghasilan (Rp) :	<input type="checkbox"/> <100 Juta <input type="checkbox"/> 100 Juta-1 Miliar <input type="checkbox"/> >1 Miliar-10 Miliar <input type="checkbox"/> >10 Miliar-100 Miliar <input type="checkbox"/> >100 Miliar																					
13. Hubungan dengan Calon Tertanggung	:	<input type="checkbox"/> Perusahaan/Karyawan <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan																				
14. Tujuan Pembelian Asuransi	:	<input type="checkbox"/> Tabungan <input type="checkbox"/> Proteksi <input type="checkbox"/> Investasi <input type="checkbox"/> Pendidikan <input type="checkbox"/> 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
Nama Lengkap & Tanda Tangan

Calon Pemegang Polis
Nama Lengkap & Tanda Tangan

Tenaga Penjual
Nama Lengkap & Tanda Tangan