

FORMULIR IDENTITAS PIHAK KETIGA

- o Mohon diisi secara jujur, lengkap dan benar dengan menggunakan pulpen serta huruf cetak dan memberi tanda (v) pada kotak jawaban yang sesuai.
- o Tidak diperkenankan menggunakan cairan penghapus/pena penghapus. Apabila diperlukan koreksi terhadap informasi yang telah diberikan mohon dicoret dan ditandatangani di setiap bentuk koreksi tersebut.
- o Mohon tidak menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong dan pastikan semua informasi yang dibutuhkan telah dipenuhi sebelum menandatangani.
- o Wajib melampirkan fotokopi identitas dan dokumen-dokumen lain yang masih berlaku sebagaimana dipersyaratkan oleh PT ASTRA AVIVA LIFE.

DETAIL INFORMASI PIHAK KETIGA SEBAGAI PEMBAYAR PREMI

*J)Wajib Diisi

Apabila Pihak Ketiga merupakan Individu atau Perorangan :

Nama Lengkap* (Sesuai Identitas) : _____
 Nomor Identitas* : _____ Jenis Identitas* : KTP Paspor KITAS Lainnya : _____
 Negara, Tempat dan Tanggal Lahir* (tanggal/bulan/tahun) : _____
 Alamat Sesuai Identitas* : _____
 Jenis Kelamin* : Laki-laki Perempuan Status Perkawinan* : _____
 No. Telepon Rumah : _____ No. Telepon Kantor : _____
 No. Telepon Seluler* (Handphone) : _____ Alamat E-Mail : _____
 Kewarganegaraan* : _____ Pekerjaan / Jabatan* : _____
 Pemegang Kartu US Green Card/ Ijin tinggal tetap di Amerika Serikat : Ya Tidak
 Subjek Pajak di Luar Negeri : Ya Tidak
 Alamat tempat tinggal, termasuk Negara dan : _____
 No. Telepon di luar Indonesia (Jika ada) : _____
 Hubungan dengan Pemegang Polis* : Suami/Istri Orang Tua Anak Kakak/Adik Lainnya, jelaskan : _____

Apabila Pihak Ketiga merupakan Badan Usaha :

Nama Badan Usaha* : _____ No. Izin Usaha* : _____
 Bidang Usaha* : _____ Tanggal Pendirian* : _____
 Nomor Pokok Wajib Pajak* : _____ No. Telepon (jika ada) : _____
 Alamat Lengkap* : _____
 Hubungan dengan Pemegang Polis* : Pemilik Badan Usaha Badan Usaha Tempat Pemegang Polis Bekerja
 Lainnya, jelaskan : _____

SUMBER PENGHASILAN

Sumber Dana* : Gaji Hasil Investasi Bisnis Pribadi Hadiah/Warisan Laba Badan Usaha
 Bonus Penjualan Aset Komisi Lainnya, jelaskan : _____
 Penghasilan per Tahun* : < Rp 5 Juta Rp 5 - 25 Juta Rp 25 - 50 Juta Rp 50 - 100 Juta > Rp 100 Juta

DETAIL POLIS YANG DIBAYARKAN

Nama Pemegang Polis* : _____
 No. Surat Permohonan Asuransi Jiwa (SPAJ) / Polis* : _____
 Tujuan Penggunaan* : Pembayaran Premi Pertama Pembayaran Premi Lanjutan Pembayaran Premi Pertama & Lanjutan
 Pembayaran Premi Top Up Pembayaran lainnya : _____
 Jumlah Yang Dibayarkan* : IDR/USD**
 **J) Coret yang tidak perlu

PERNYATAAN DAN PERSETUJUAN PIHAK KETIGA

Dengan ini Saya/Kami menyatakan dan menyetujui bahwa:

- Semua pernyataan, keterangan, dan jawaban yang diberikan di dalam Formulir Identitas Pihak Ketiga ("Formulir") ini dan keterangan lain yang Saya/Kami sampaikan (jika ada) kepada PT ASTRA AVIVA LIFE adalah benar dan merupakan dasar dan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis. Apabila ada pernyataan, keterangan, dan jawaban yang tidak disampaikan secara lengkap, jujur, dan benar, maka PT ASTRA AVIVA LIFE tidak berkewajiban membayar Manfaat Asuransi apapun dan perjanjian asuransi dapat batal demi hukum. Apabila di kemudian hari Saya/Kami:
 - diketahui dan/atau patut diduga menggunakan dokumen palsu; dan/atau
 - menyampaikan informasi yang diragukan kebenarannya
 maka PT ASTRA AVIVA LIFE berhak untuk menolak produk asuransi, membatalkan produk asuransi, dan/atau menutup hubungan usaha dengan Saya/Kami.
- Apabila terdapat perubahan pernyataan, keterangan, data, dan jawaban pada Formulir ini akan Saya/Kami informasikan dalam waktu 60 (enam puluh) hari sejak terjadinya perubahan kepada PT ASTRA AVIVA LIFE. Apabila Saya/Kami tidak menginformasikan perubahan pernyataan, keterangan, data dan jawaban tersebut, maka Saya/Kami menyatakan bahwa pernyataan, keterangan, data dan jawaban yang terdapat pada PT ASTRA AVIVA LIFE tetap berlaku dan Saya/Kami akan membebaskan PT ASTRA AVIVA LIFE dari segala tuntutan, kerugian, dan gugatan terkait dengan hal tersebut.
- Transaksi keuangan yang dilakukan di dan/atau terkait dengan polis produk asuransi dari PT ASTRA AVIVA LIFE tidak berasal dari/atau berkaitan dengan tindak pidana pencucian uang (*money laundering*) sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang No. 8 Tahun 2010 tentang Pencegahan dan Pemberantasan Tindak Pidana Pencucian Uang dan Undang-Undang No.9 Tahun 2013 tentang Pencegahan Dan Pemberantasan Tindak Pidana Pendanaan Terorisme, perubahannya berikut peraturan terkait lainnya. Apabila ada indikasi pelanggaran atas peraturan-peraturan tersebut, maka PT ASTRA AVIVA LIFE akan melaksanakan kewajibannya sesuai dengan ketentuan yang berlaku, termasuk tetapi tidak terbatas kepada melakukan kewajiban pelaporan atas transaksi keuangan yang mencurigakan dan/atau membatalkan Polis.
- Saya/Kami dengan ini memberi ijin kepada PT ASTRA AVIVA LIFE untuk memberikan informasi atau keterangan mengenai Saya/Kami yang tersedia, diperoleh atau disimpan oleh PT ASTRA AVIVA LIFE tetapi tidak terbatas kepada data informasi terkait nama, alamat, tanggal lahir, no. telepon, alamat e-mail dan data-data terkait lainnya untuk kepentingan penawaran produk-produk asuransi lainnya milik PT ASTRA AVIVA LIFE, produk-produk rekanan/partner usaha PT ASTRA AVIVA LIFE, dan/atau perusahaan grup Astra, oleh karena itu dengan ditandatanganinya Formulir ini oleh Saya/Kami adalah merupakan bukti tertulis pemberian ijin oleh Saya/Kami.

Ditandatangani di _____ Pada tanggal _____ (tanggal/bulan/tahun)

Nama Jelas & Tanda Tangan Pihak Ketiga
(Tanda tangan sesuai dengan fotokopi identitas)

Nama Jelas & Tanda Tangan Pemegang Polis
(Tanda tangan sesuai dengan fotokopi identitas)