

Customer Contact Centre
T: (021) 2554 3800 (Senin-Jumat, 09.00-18.00) F: (021) 5794 4719
SMS: 0812-129-3800 Ketik *INFO email: wecare-ID@greateasternlife.com

FORMULIR PENGAJUAN PERUBAHAN POLIS DENGAN JAMINAN KOLATERAL (**BANKER'S CLAUSE**)

PENTING

- Mohon mengisi dengan menggunakan tinta hitam, huruf cetak dan jelas.
- Jangan menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong dan pastikan semua informasi yang dibutuhkan, telah dipenuhi sebelum menandatangani Formulir ini.
- Jika terjadi kesalahan dalam penulisan, jangan dihapus tetapi dicoret dan bubuhkan tanda tangan Pemegang Polis di sebelahnya.
- Untuk mempercepat proses pengajuan Anda, harap menandatangani dan melengkapi seluruh persyaratan yang tertera pada Formulir ini.
- *Banker's Clause* adalah pengikatan jaminan kolateral atas Polis, di mana Pemegang Polis mengikatkan jaminan atas Polis kepada Bank selaku pemberi pinjaman.

Yang bertanda tangan di bawah ini:

NOMOR POLIS :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NAMA PEMEGANG POLIS : _____

NAMA TERTANGGUNG : _____

NOMOR TELEPON : _____

EMAIL : _____

Dengan sepengetahuan dan persetujuan dari:

NAMA PENERIMA MANFAAT : _____

PEMBERI PINJAMAN
NAMA BANK : _____

CABANG : _____

hendak mengajukan perubahan Polis dengan Jaminan Kolateral (*Banker's Clause*) sebagai berikut:

A. HAL-HAL YANG DIUBAH: (BERI TANDA X UNTUK KOLOM YANG DIPILIH)

- 1) Pelepasan pengikatan jaminan kolateral atas Polis (*Banker's Clause*)
Wajib melampirkan:
- Surat konfirmasi pelunasan hutang dari Bank yang ditandatangani oleh pejabat Bank dan stempel perusahaan.
- 2) Lain Lain : _____

- Alasan perubahan (Wajib diisi) : _____

KELENGKAPAN PERSYARATAN PERUBAHAN:

- Setiap perubahan wajib melampirkan fotokopi identitas diri yang masih berlaku berupa KTP atau (KITAS dan *Passport*)*.
- PT Great Eastern Life Indonesia ("Perusahaan") memiliki hak untuk meminta kelengkapan dokumen pendukung perubahan lainnya jika dianggap perlu.
- Semua perubahan harus diajukan oleh Pemegang Polis dan disetujui oleh Termaalihat/Penerima Manfaat dan petugas Bank yang berwenang.

*Khusus Warga Negara Asing

B. PERNYATAAN TENTANG KEPATUHAN PERPAJAKAN

- 1) Saya/Kami adalah Wajib Pajak Negara Asing
 Ya Tidak

Jika Ya, mohon sebutkan Negara dan Nomor Identitas Pajak (*Tax Payer Identification Number-TIN*)

Negara: _____ TIN: _____

Customer Contact Centre

T: (021) 2554 3800 (Senin-Jumat, 09.00-18.00) F: (021) 5794 4719
SMS: 0812-129-3800 Ketik *INFO email: wecare-ID@greataeasternlife.com

- 2) Saya/Kami setuju bahwa Saya/Kami akan memberitahukan segera kepada Perusahaan setiap perubahan atau penambahan informasi yang telah Saya/Kami berikan tentang Saya/Kami, Tertanggung, Termaalihat/Penerima Manfaat dan Pemilik Manfaat/*Beneficial Owner* yang disebutkan dalam Polis dan orang lain yang relevan (jika ada, secara bersama-sama dengan Tertanggung dan Termaalihat/Penerima Manfaat serta Pemilik Manfaat/*Beneficial Owner* selanjutnya disebut sebagai "Orang yang Relevan") sebagaimana dibutuhkan oleh Perusahaan. Saya/Kami selanjutnya setuju, atau menyatakan kepada Perusahaan bahwa setiap Orang yang Relevan telah setuju bahwa dalam hal informasi tentang setiap Orang yang Relevan telah disampaikan kepada Perusahaan, maka Perusahaan dapat mengungkapkan informasi tersebut untuk tujuan kepatuhan terhadap hukum, peraturan, kode etik atau pedoman yang berlaku, atau untuk membantu dalam penegakan hukum dan penyelidikan oleh otoritas yang berwenang.
- 3) Saya/Kami memahami bahwa Perusahaan tidak akan bertanggung jawab atas segala biaya atau kerugian yang mungkin timbul kepada Saya/Kami atau salah satu Orang yang Relevan karena tindakan Perusahaan yang diperkenankan untuk tujuan ini. Dalam hal ini, Saya/Kami setuju untuk membebaskan Perusahaan dari semua tuntutan dari Orang yang Relevan atas biaya atau kerugian tersebut di atas. Saya/Kami juga memahami bahwa kegagalan Saya/Kami untuk memenuhi salah satu kewajiban terkait Polis, atau penyajian tidak benar atau tidak akurat yang diberikan dalam Polis, akan berakibat Perusahaan berhak untuk mengurangi atau menahan semua atau sejumlah tertentu dari pembayaran manfaat yang harus dibayar sesuai Polis, dan/atau untuk mengakhiri Polis tanpa adanya kewajiban, sejauh diperbolehkan oleh hukum yang berlaku, dan Saya/Kami akan membebaskan Perusahaan dari semua biaya dan kerugian yang mungkin timbul.
- 4) Saya/Kami setuju untuk melengkapi dan menandatangani dokumen-dokumen yang diperlukan dan melakukan hal-hal untuk tujuan yang dibutuhkan oleh Perusahaan untuk melakukan evaluasi atas Polis Saya/Kami dan untuk menyediakan produk atau jasa sesuai permintaan Saya/Kami.

JANGAN MENANDATANGANI FORMULIR INI DALAM KEADAAN KOSONG

Ditandatangani di _____, tanggal _____

Tanda Tangan Pemegang Polis (sesuai Surat Pengajuan Asuransi Jiwa (SPAJ) dan Kartu Identitas atau SPAJ dan form spesimen tanda tangan)	Tanda Tangan Penerima Manfaat (sesuai Surat Pengajuan Asuransi Jiwa (SPAJ) dan Kartu Identitas atau SPAJ dan form spesimen tanda tangan)	Pemberi Pinjaman: Nama Bank: Tanda tangan pejabat bank dan stempel perusahaan
_____ Tandatangan & Nama Jelas	_____ Tandatangan & Nama Jelas	_____ Nama Jelas NIK