

FORMULIR PENGAMBILAN MANFAAT ASURANSI TAHAPAN/ HABIS KONTRAK

Diisi oleh Pemegang Polis

Nomor Polis :

Nama Pemegang Polis : _____

No telepon : _____

Bersama ini Saya mengajukan permohonan untuk pengambilan Manfaat Asuransi; (beri tanda X untuk kolom yang dipilih)

- Tahapan
 Habis Kontak

Tujuan Pengambilan Pembayaran Manfaat Asuransi ini ; (beri tanda X untuk kolom yang dipilih)

- Dipergunakan untuk pembayaran premi Jatuh Tempo _____

Dalam hal terdapat sisa Pembayaran Manfaat Asuransi, mohon untuk ditransfer ke rekening saya.

- Ditransfer ke rekening Saya.

INFORMASI REKENING PEMBAYARAN MANFAAT ASURANSI (wajib diisi)

Bank : _____
Cabang : _____ Kota _____
Jenis Rekening : Rupiah US Dollar
No. Rekening : _____
Atas Nama : _____

Dokumen pendukung yang Saya lampirkan :

- Polis Asli (Khusus untuk pengambilan manfaat Habis Kontrak/*Maturity*)
- Salinan identitas diri yang masih berlaku (KTP/SIM/Passport).

Saya sebagai Pemegang Polis mengerti dan menyetujui:

1. Dengan dikeluarkannya bukti pembayaran yang sah (transfer) oleh PT Great Eastern Life Indonesia, maka saya melepaskan dan membebaskan Perusahaan dari segala tanggung jawab, proses hukum, tuntutan, hutang atau gugatan dalam bentuk apapun yang timbul, baik secara langsung ataupun tidak langsung sehubungan dengan pembayaran Manfaat Asuransi.
2. Manfaat Asuransi akan dikurangi dengan kewajiban yang ada (pinjaman polis beserta bunganya, tunggakan premi dan lain- lain).
3. Saya menyatakan bahwa setiap atau seluruh dana dan aset yang ditempatkan pada PT Great Eastern Life Indonesia dan hasil pengembangan investasi dan/atau nilai tunai yang mungkin timbul atas penempatan dana tersebut, akan tunduk pada hukum dan ketentuan perpajakan yang berlaku, baik di negara dimana Saya berdomisili dan/atau negara dimana Saya menjadi warga negaranya.

PERNYATAAN TENTANG KEPATUHAN

- 1) Saya/Kami adalah Wajib Pajak Amerika Serikat

Ya Tidak

Jika Ya, mohon sebutkan Nomor Identitas Pajak (Tax Payer Identification Number)

Customer Contact Centre
T: (021) 2554 3800 (Senin-Jumat, 08.30-17.30) F: (021) 5794 4719
SMS: 0812-129-3800 Ketik *INFO email: wecare-ID@greateasternlife.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, Termaslahat/Penerima Manfaat yang disebutkan dalam Polis dan orang lain yang relevan (jika ada, secara bersama-sama dengan Tertanggung dan Termaslahat/Penerima Manfaat 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.

Ditandatangani di _____, tanggal _____

PEMEGANG POLIS

(Tandatangan & Nama Jelas)