

**FORMULIR PENGAMBILAN MANFAAT ASURANSI TAHAPAN/ HABIS KONTRAK**
**Diisi oleh Pemegang Polis**

 Nomor Polis :          

Nama Pemegang Polis : \_\_\_\_\_

No Telepon : \_\_\_\_\_

Alamat E-mail : \_\_\_\_\_

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

- Tahapan  
 Habis Kontak

Permohonan Pengambilan Pembayaran Manfaat Asuransi ini, harap direalisasi salah satu dari pilihan Saya dibawah ini:

- Dipergunakan untuk pembayaran premi Jatuh Tempo \_\_\_\_\_ sisanya (bila ada) dibayarkan melalui :  
 Ditransfer ke

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 berupa KTP atau (KITAS dan *Passport*).

Saya sebagai Pemegang Polis mengerti dan menyetujui:

1. Dengan dikeluarkannya bukti pembayaran yang sah (transfer) oleh PT Great Eastern Life Indonesia ("Perusahaan"), 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 Perusahaan 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.

\*KITAS dan Passport khusus untuk Warga Negara Asing

**PERNYATAAN TENTANG KEPATUHAN**

- 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: \_\_\_\_\_

- 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 dan Pemilik Manfaat/**Beneficial Owner** yang disebutkan dalam Polis dan orang lain yang relevan (jika ada, secara bersama-sama dengan Tertanggung dan Termaslahat/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 \_\_\_\_\_

PEMEGANG POLIS

\_\_\_\_\_  
Tandatangan & Nama Jelas