



## Formulir Pengajuan *Banker's Clause*

- Isi dengan menggunakan tinta hitam, huruf kapital, jelas dan beri tanda (V) pada lingkaran yang disediakan
- Setiap kesalahan penulisan wajib dikoreksi dengan pencoretan dan pembubuhan tandatangan Pemegang Polis disebelahnya.
- Mohon tidak menandatangani formulir dalam keadaan kosong.

### Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nomor Polis

Nama Pemegang Polis

No telepon yang bisa dihubungi

Apakah ada perubahan alamat, email, atau no telepon?  Tidak  Ya, mohon menggunakan aplikasi FWD MAX dengan fitur eServices di menu Profil saya, untuk melakukan perubahan data

### FATCA dan/atau CRS

Apakah kamu memiliki atau bertindak untuk dan atas nama pemilik kewajiban pajak (*tax residency*/sebagai pembayar pajak/memiliki penghasilan yang menjadi objek pajak) di negara selain Indonesia sehubungan dengan ketentuan Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) dan/atau Common Reporting Standard (CRS)?

- Tidak
- Ya, mohon mengisi Formulir Deklarasi FATCA dan/atau CRS

### Saya yang bertandatangan dibawah ini menyatakan bahwa:

- Sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh fasilitas pinjaman/kredit dari bank, maka pihak bank mewajibkan Saya untuk ikut serta dalam program asuransi jiwa.
- Saya selaku Pemegang Polis menunjuk:  
 Nama Bank : \_\_\_\_\_ (untuk selanjutnya disebut "Pemberi Pinjaman")  
 Cabang : \_\_\_\_\_  
 Alamat : \_\_\_\_\_  
 Nomor Pinjaman : \_\_\_\_\_ Masa Pinjaman: \_\_\_\_\_  
 sebagai Penerima Manfaat Asuransi dari Polis Saya di atas apabila Saya sebagai Tertanggung meninggal dunia.
- Saya maupun pihak Pemberi Pinjaman akan tunduk dan taat pada ketentuan dan syarat yang di atur dalam Polis beserta lampirannya.
- Untuk kepentingan ini Saya akan mencantumkan nama Pemberi Pinjaman sebagai Penerima Manfaat:

Nama Penerima Manfaat	L/P	Tanggal Lahir (tgl/bln/thn)	Hubungan	%*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- Pemegang Polis berkewajiban menjaga agar Polis nomor tersebut di atas tetap aktif (*Inforce*). Dalam hal ini Polis tersebut menjadi batal/*Lapse*, maka PT FWD Insurance Indonesia ("FWD Insurance") tidak bertanggung jawab atas hal-hal yang ditimbulkan dan karenanya Pemegang Polis dan Pemberi Pinjaman membebaskan dan melepaskan FWD Insurance dari segala tuntutan hukum yang mungkin timbul karenanya.
- Besarnya Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan FWD Insurance kepada Pemberi Pinjaman apabila Tertanggung Meninggal dunia adalah sebesar sisa pinjaman/hutang dari jumlah fasilitas kredit berikut marginnya (bila ada) tetapi tidak melebihi batas maksimum Uang Pertanggungan Dasar sebagaimana dimaksud dalam Polis. Jika setelah pelunasan kredit masih terdapat Manfaat Asuransi, maka sisa manfaat tersebut akan dibayarkan kepada Penerima Manfaat lainnya yang ditunjuk sebagaimana disebutkan dalam Polis.
- FWD Insurance hanya bertanggung jawab sebatas pembayaran Uang Pertanggungan Dasar sebagaimana diatur dalam Polis dan dengan tetap memperhatikan ketentuan Polis. Ketentuan-ketentuan lain yang berkaitan dengan perjanjian fasilitas kredit hanya mengikat di antara Pemegang Polis dan Pemberi Pinjaman dan karenanya bukan menjadi tanggung jawab FWD Insurance.
- Pemegang Polis dan Pemberi Pinjaman membebaskan FWD Insurance dari segala gugatan/tuntutan atau konsekuensi hukum apapun yang mungkin timbul sehubungan dengan pelaksanaan *Banker's Clause* ini, baik yang berasal dari Pemegang Polis, Pemberi Pinjaman dan/atau pihak Lain manapun.
- Perjanjian ini Berakhir apabila Pemegang Polis telah melunasi Pinjaman kepada Pemberi Pinjaman. Setelah itu, Pemegang Polis wajib menginformasikan hal ini kepada FWD Insurance untuk mengajukan perubahan Penerima Manfaat dengan disertakan Surat Keterangan Lunas dari Pemberi Pinjaman.

Nomor Polis

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

**Persyaratan/Kelengkapan Dokumen:**

- 1. Formulir ini, diisi lengkap dan ditandatangani oleh Pemegang Polis, Pejabat Bank, dan Penerima Manfaat
- 2. Fotokopi Kartu Identitas diri Pemegang Polis, yang masih berlaku.
- 3. Formulir Deklarasi FATCA dan /atau CRS (khusus Pemegang Polis atau Beneficial Owner yang memiliki kewajiban pajak di luar Indonesia)
- 4. Dokumen lain yang berkaitan dengan transaksi ini, yang akan diberitahukan oleh FWD Insurance (jika diperlukan).

**Ketentuan**

1. Formulir ini hanya dapat digunakan untuk satu nomor Polis yang status Polisnya Aktif (*Inforce*),
2. Dokumen yang telah diisi lengkap dan benar harus sudah diterima oleh Kantor Pusat FWD Insurance bagian POS Department paling lambat pukul 14.00 WIB untuk diproses di hari yang sama
3. Apabila dokumen yang diterima tidak lengkap dan benar, maka permohonan akan diproses saat kelengkapan dokumen terakhir diterima sesuai batas waktu yang ditetapkan dan akan mendapatkan Harga Unit pada hari kerja berikutnya.
4. Formulir ini berlaku selama 30 hari kalender dihitung sejak ditandatangani oleh Pemegang Polis sampai diterima oleh Kantor Pusat FWD Insurance. Apabila dokumen diterima melebihi 30 hari kalender, maka formulir ini tidak dapat diproses. Pemegang Polis dapat mengajukan ulang Formulir baru beserta kelengkapan dokumen pendukung.
5. Setiap dokumen yang telah diterima dan disetujui oleh FWD Insurance bersifat final dan tidak dapat dibatalkan dengan alasan apapun.
6. Setelah Pengajuan disetujui, Pemegang Polis tidak dapat mengajukan beberapa transaksi dibawah ini:
  - Duplikat Polis
  - Penggantian Pemegang Polis
  - Perubahan Penerima Manfaat
7. Apabila terjadi perubahan atas Polis ini selama Polis sedang dijaminakan, maka Pemegang Polis wajib menginformasikan dan meminta persetujuan dari Pemberi Pinjaman secara tertulis atas perubahan tersebut.

**Pernyataan Pemegang Polis**

Saya dengan ini menyatakan, memahami dan menyetujui bahwa:

1. Seluruh ketentuan dalam Polis dan Formulir ini serta biaya dan/atau pajak yang timbul terkait pengajuan transaksi pada formulir ini.
2. Semua Informasi dari kelengkapannya yang tertera dan terkait dengan pengajuan transaksi pada Formulir ini adalah lengkap dan benar. Apabila ditemukan kekeliruan atau terdapat penipuan dalam informasi pada Formulir ini, maka saya bersedia bertanggung jawab secara hukum dan membebaskan FWD Insurance beserta afiliasinya dari segala tuntutan dari pihak manapun dan FWD Insurance berhak menolak pengajuan transaksi pada Formulir ini.
3. FWD Insurance berhak menolak permohonan transaksi ini apabila Saya tidak dapat memenuhi ketentuan Anti Pencucian Uang dan Pencegahan Pendanaan Terorisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
4. Tidak ada perubahan atas informasi data pribadi Saya yang dapat mempengaruhi status kewajiban pajak Saya terkait dengan Foreign Account Tax Compliance Act of United States of America (FATCA) atau Common Reporting Standard (CRS).

Tempat dan Tanggal Pengajuan

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

  

		-			-	2	0			
--	--	---	--	--	---	---	---	--	--	--

Tanda Tangan Pemegang Polis

Tanda Tangan Pemberi Pinjaman  
Mengetahui dan Menyetujui atas nama  
Pemberi Pinjaman

Materai Rp10.000,-

( \_\_\_\_\_ )  
Nama Jelas

( \_\_\_\_\_ )  
Nama Jelas Pejabat Bank dan Cap Perusahaan

Tanda Tangan Penerima Manfaat  
Diketahui dan disetujui oleh:

Nama Jelas  
( \_\_\_\_\_ )