

FORMULIR PENGAJUAN TRANSAKSI UNIT LINK
Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nomor Polis : _____
 Nama Pemegang Polis : _____
 Nama Produk : _____
 Alamat Korespondensi : _____
 : _____ Kode Pos : _____
 Nomor Telepon Rumah : _____ Nomor Telepon Kantor : _____
 Handphone : _____ Nomor WhatsApp : _____
 Alamat E-mail : _____ Nomor NPWP : _____
 Tidak / Belum Memiliki NPWP* : _____

Perhatian!

- *Jika tidak / belum memiliki NPWP berikan alasannya.
- Alamat e-mail yang dicantumkan akan digunakan untuk semua bentuk korespondensi yang berkaitan dengan Polis Anda.

Dengan ini mengajukan salah satu permintaan dibawah ini (pilih salah satu) :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Penambahan Dana Investasi (Top Up)
Sejumlah <input type="checkbox"/> IDR <input type="checkbox"/> USD : _____
Sumber Dana : _____
<input type="checkbox"/> Gaji <input type="checkbox"/> Warisan <input type="checkbox"/> Investasi / Tabungan / Deposito
<input type="checkbox"/> Hasil Usaha : _____
<input type="checkbox"/> Lainnya : _____ | <input type="checkbox"/> 2. Perubahan Rencana Penarikan Investasi (RPI)
Untuk Transaksi : _____
<input type="checkbox"/> Premi <i>Basic</i> Sekaligus
<input type="checkbox"/> Premi <i>Top Up</i> Sekaligus Ke _____ (<i>sebutkan</i>)
<input type="checkbox"/> Periode : _____ |
|---|---|

(Wajib diisi untuk pengajuan nomor 1 dan 2) :

Jangka Waktu RPI	Pilihan Penarikan Pada Tanggal RPI
<input type="checkbox"/> 3 bulan <input type="checkbox"/> 12 bulan <input type="checkbox"/> 36 bulan <input type="checkbox"/> 6 bulan <input type="checkbox"/> 24 bulan	<input type="checkbox"/> Tidak Melakukan Penarikan Nilai Polis <input type="checkbox"/> Melakukan Penarikan Hanya Hasil Investasinya Saja

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 3. Penarikan Dana Sebagian
<input type="checkbox"/> Pada Tanggal RPI
<input type="checkbox"/> Bukan Pada Tanggal RPI
Untuk transaksi : _____
<input type="checkbox"/> Premi <i>Basic</i> Sekaligus
<input type="checkbox"/> Premi <i>Top Up</i> Sekaligus Ke _____ (<i>sebutkan</i>)
<input type="checkbox"/> Periode : _____ | <input type="checkbox"/> 4. Penarikan Dana Seluruhnya
<input type="checkbox"/> Pada Tanggal RPI
<input type="checkbox"/> Bukan Pada Tanggal RPI
Dengan disetujuinya Pengajuan Penarikan Dana Seluruhnya maka pertanggung jawaban atas Polis menjadi berakhir.

<input type="checkbox"/> 5. Pembatalan Polis Dalam Masa <i>Free Look</i> |
|---|--|

(Wajib diisi untuk pengajuan nomor 3, 4 dan 5) :

Alasan Penggunaan Dana : _____	
Mata Uang : <input type="checkbox"/> IDR <input type="checkbox"/> USD	
Nama Bank : _____	Cabang : _____
No Rekening : _____	Pemilik Rekening : _____

Keterangan :

- Wajib melampirkan Bukti Setor untuk pengajuan Penambahan Dana Investasi (*Top Up*)
- Wajib melampirkan Polis Asli untuk pengajuan Penarikan Dana Seluruhnya
- Wajib melampirkan Polis Asli dan Tanda Terima Polis untuk pengajuan Pembatalan Polis Dalam Masa *Free Look*
- Formulir Pengajuan ini harus diterima oleh Kantor Pusat PT Asuransi Simas Jiwa selambat lambatnya :
 - 4 (empat) hari kerja sebelum tanggal RPI untuk Pengajuan Perubahan RPI
 - 5 hari kerja (IDR) dan 6 hari kerja (USD) sebelum tanggal RPI untuk Pengajuan Penarikan Dana baik Sebagian maupun Seluruhnya

Pernyataan dan Kuasa :

1. Saya mengerti bahwa PT Asuransi Simas Jiwa berhak menggunakan informasi pribadi (nama, alamat, nomor telepon dan lainnya) yang Saya berikan dalam Formulir Pengajuan ini untuk memberikan pelayanan yang berkaitan dengan Polis tersebut diatas dan memberi informasi produk terbaru dan informasi terkait lainnya dari waktu ke waktu.
2. Saya menyatakan akan mengirimkan dokumen asli dengan sesegera mungkin dengan mempertimbangkan kondisi keadaan *force majeure* yang berlangsung, dan menyatakan mengerti bahwa Penanggung berhak menuntut/meminta/menarik kembali pembayaran apabila dokumen-dokumen asli sebagaimana disyaratkan dalam Polis tidak Saya berikan dan/atau apabila terdapat unsur penipuan keterangan pada dokumen-dokumen yang disampaikan.
3. Dengan ditandatangani Formulir ini maka Saya selaku Pemegang Polis membebaskan PT Asuransi Simas Jiwa dari tuntutan hukum yang mungkin timbul dikemudian hari.

 Ditandatangani di _____, _____ / _____ / 20____
Tempat *Tanggal* *Bulan* *Tahun*

(_____)

Tanda Tangan & Nama Lengkap Pemegang Polis
PT Asuransi Simas Jiwa

Gedung Simas Jiwa

Jl. Lombok No. 73, Jakarta Pusat 10350

Telp. (021) 2139 0188 • Fax. (021) 2139 3319 • Call Center: (021) 2854 7999 • www.simasjiwa.co.id