

FORMULIR PENGAJUAN MANFAAT POLIS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nomor Polis : _____
 Nama Pemegang Polis : _____
 Nama Tertanggung : _____
 Alamat Domisili : _____
 : _____
 : _____ Kode Pos : _____
 Nomor Handphone : _____ Nomor Telepon Rumah : _____
 Nomor WhatsApp : _____ E-mail : _____

Dengan ini saya mengajukan permohonan pengambilan manfaat polis berupa:

JENIS PENGAJUAN : CUSTOMER FUND TAHAPAN AKHIR MASA ASURANSI

Pengambilan manfaat ini dikurangi / dikompensasikan untuk :

Pembayaran Premi Diinvestasikan (Untuk Top Up premi)
 Pembayaran Pinjaman Polis + Bunga (Bila ada) Lainnya _____ (mohon sebutkan)

Untuk Nomor Polis :

Sebesar :
 1. _____ Rp/USD *) _____
 2. _____ Rp/USD *) _____
 3. _____ Rp/USD *) _____

Sisa pembayaran / pembayaran sepenuhnya*) ditransfer ke :

Nama Bank : _____
 Cabang : _____
 Nomor Rekening : _____
 Nama Pemilik Rekening : _____
 Jenis Rekening : Rupiah USD

*) Coret yang tidak perlu.

Catatan :

- Mohon melampirkan Fotokopi Identitas Diri yang masih berlaku (E-KTP / Paspor).
- Melampirkan Fotokopi Buku Tabungan (Jika sisa pembayaran atau pembayaran sepenuhnya akan ditransfer).
- Melampirkan Surat Pernyataan Perbedaan Tanda Tangan bermaterai (Jika berubah tanda tangan).
- Pembayaran manfaat asuransi akan dilaksanakan apabila dokumen di atas telah diterima lengkap dan disetujui oleh penanggung. Apabila persyaratan yang diperlukan tidak dilengkapi, maka permohonan ini dianggap batal terhitung 30 (tiga puluh) hari kalender sejak informasi kekurangan persyaratan dikeluarkan oleh PT Asuransi Simas Jiwa.

Dengan ditandatangani formulir ini maka Pemegang Polis membebaskan PT Asuransi Simas Jiwa dari segala tuntutan hukum yang mungkin timbul dikemudian hari.

Ditandatangani di _____, ____ / ____ / 20 ____

Pemegang Polis	Tertanggung	Petugas Administrasi Simas Jiwa
Tanda Tangan & Nama Lengkap	Tanda Tangan & Nama Lengkap	Tanda Tangan & Nama Lengkap