

FORMULIR PENGAJUAN PEMBATALAN POLIS**Saya yang bertandatangan 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 mengajukan salah satu permintaan di bawah ini (Pilih salah satu) :

- PEMBATALAN POLIS SURRENDER** **PEMBATALAN POLIS MASA FREE LOOK**
 PENGEMBALIAN PREMI (KHUSUS PRODUK SIJI HOSPITAL CARE & SIJI MEDICAL CARE)

Alasan Pengajuan : _____

Pembayaran sepenuhnya dikirim melalui :

Nomor Rekening	
Nama Bank	
Cabang	
Nama Pemilik Rekening	
Jenis Rekening	<input type="checkbox"/> IDR <input type="checkbox"/> USD

Bersama ini saya lampirkan :

1. Fotokopi Identitas Diri Pemegang Polis yang masih berlaku (E-KTP/Paspor)
2. Polis asli
3. Fotokopi Buku Tabungan
4. Dokumen pendukung lainnya yang dianggap perlu

Pernyataan dan Kuasa :

1. Saya mengerti bahwa permohonan ini hanya dapat diproses apabila Saya telah melengkapi persyaratan yang diperlukan 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.
2. Saya mengerti bahwa PT Asuransi Simas Jiwa berhak menggunakan informasi pribadi (nama, alamat, nomor telepon dan lainnya) yang Saya/Kami berikan dalam Formulir ini untuk memberikan pelayanan yang berkaitan dengan Polis tersebut diatas dan memberi informasi produk terbaru dan informasi terkait lainnya dari waktu ke waktu.

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

(_____)
Tanda Tangan dan Nama Lengkap Pemegang Polis