

FORMULIR PENGAJUAN TRANSAKSI UNIT LINK SYARIAH / NON SYARIAH

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nomor Polis : _____
 Nama Pemegang Polis : _____
 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 di bawah ini (Pilih salah satu) :

1. PENAMBAHAN DANA (TOP UP)

Nama Fund	Jumlah Dana

Sumber Dana :

- Gaji Warisan Investasi/Tabungan/Deposito
 Hasil usaha : _____
 Lainnya : _____

Catatan : Bukti pembayaran wajib disertakan bersama permohonan ini

2. PENGALIHAN DAN PERUBAHAN ALOKASI DANA INVESTASI (SWITCHING & REDIRECTION)*

* Catatan : Perubahan berlaku untuk dana yang telah terhimpun dan yang akan dibayarkan berikutnya

Dari (Nama Fund)	Dengan Persentase	Menjadi (Nama Fund)	Dengan Persentase
	%		%
	%		%
	%		%

3. PENARIKAN DANA SEBAGIAN (WITHDRAWAL)

Nama Fund	Jumlah Dana

4. SURRENDER POLIS / PEMBATALAN POLIS MASA FREELOOK

Alasan Pembatalan : _____

5. POLIS HABIS KONTRAK (MATURITY)

Rekening Penerima (Diisi khusus untuk pengajuan Withdrawal, Surrender Polis, Pembatalan Polis Masa Free Look & Maturity)

Nama Bank : _____ Nomor Rekening : _____
 Cabang : _____ Pemilik Rekening : _____

Keterangan :

1. Wajib melampirkan Fotokopi E-KTP / Paspor Pemegang Polis.
2. Wajib melampirkan Polis Asli untuk Pengajuan Surrender Polis / Pembatalan Polis Masa Free Look & Maturity.
3. Wajib melampirkan Fotokopi Buku Tabungan untuk pengajuan Withdrawal, Surrender, Pembatalan Polis Masa Free Look dan Maturity.
4. Wajib melampirkan bukti pembayaran untuk pengajuan Top Up
5. Ketentuan mengenai batasan-batasan pengajuan, biaya-biaya dan ketentuan lain diatur lebih lanjut pada Polis Asuransi.
6. Formulir Pengajuan Transaksi Unit Link ini wajib diisi oleh Pemegang Polis dengan huruf cetak dan mohon menandatangani setiap koreksi penulisan.

Pernyataan dan Kuasa :

1. Saya mengerti bahwa permohonan ini hanya dapat diproses apabila Saya telah melengkapi persyaratan yang diperlukan oleh Penanggung / Pengelola. 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, nomortelepon 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.

Dengan ditandatanganinya Formulir ini maka Saya selaku Pemegang Polis membebaskan PT Asuransi Simas Jiwa dari tuntutan hukum yang mungkin timbul di kemudian hari.

Ditandatangani di _____, _____ / _____ / 20____

Pemegang Polis	Tertanggung / Peserta yang Diasuransikan	Petugas Administrasi Simas Jiwa
TandaTangan & Nama Lengkap	TandaTangan & Nama Lengkap	TandaTangan & Nama Lengkap