

FORMULIR PEMBATALAN POLIS (FREE LOOK)

Saya, Pemegang Polis yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Pemegang Polis : _____

Nomor Polis : _____

Dengan ini mengajukan permintaan serta memberikan pernyataan sebagai berikut:

1. Saya mengajukan pembatalan Polis sesuai dengan Nomor Polis tersebut di atas.

Alasan melakukan pembatalan Polis tersebut adalah (wajib diisi) :

- Produk atau biaya-biaya asuransi yang tidak sesuai dengan penjelasan Tenaga Pemasar
- Tidak mengerti kalau yang dibeli adalah produk asuransi
- Tidak disetujui oleh keluarga
- Ingin mengganti produk baru, No SPAJ _____
- Kesalahan dalam Polis, jelaskan _____
- Lainnya, jelaskan _____

Syarat & Ketentuan:

- Lampirkan Polis Asli dan Tanda Terima Polis (tidak berlaku untuk polis elektronik/ *e-policy*).
- Lampirkan foto copy KTP.
- Dikenakan biaya pembatalan polis Rp50.000,- dan dikurangi biaya pemeriksaan Kesehatan (jika ada) serta biaya dan ketentuan lainnya sebagaimana diatur dalam Syarat Syarat Umum Polis
- Pengembalian premi atas pembatalan polis akan ditransfer ke rekening yang tercantum dalam SPAJ.

2. Saya memahami dan menyetujui serta bersedia untuk memenuhi seluruh syarat dan ketentuan sebagaimana yang ditetapkan oleh PT Asuransi Jiwa Sinarmas MSIG Tbk terkait dengan pembatalan Polis.

3. Saya memahami dan menyetujui dengan dibatalkannya Polis tersebut di atas, maka kewajiban PT Asuransi Jiwa Sinarmas MSIG Tbk terhadap saya berdasarkan Polis tersebut telah berakhir, oleh karenanya saya melepaskan dan membebaskan PT Asuransi Jiwa Sinarmas MSIG Tbk dari segala perlawanan, tuntutan, gugatan dalam bentuk apapun termasuk namun tidak terbatas pada permintaan ganti rugi dari pihak manapun.

Demikian Formulir Pembatalan Polis (*Free Look*) ini saya buat dan ditandatangani tanpa paksaan dari pihak manapun untuk dipergunakan sesuai maksud dan tujuan tersebut di atas.

Ditandatangani di _____ Tanggal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (Tgl/Bln/Thn) Lampirkan fotokopi identitas diri	Pemegang Polis _____ Tanda Tangan & Nama Jelas	Dokumen diverifikasi oleh: Nama CS / BC / Agent _____ Tanda Tangan _____ Tanggal diterima <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (Tgl/Bln/Thn)
--	--	--

Jangan menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong