

## FORMULIR CETAK ULANG (REPRINT) POLIS ASURANSI

**Perlu diperhatikan:**

- Formulir Cetak Ulang (Reprint) Polis Asuransi ini wajib diisi oleh Pemegang Polis dengan tinta hitam, huruf cetak, jelas dan memberi tanda (v) pada kotak sesuai pilihan.
- Memastikan Formulir Cetak Ulang (Reprint) Polis Asuransi ini telah diisi dengan lengkap, benar dan jelas sebelum ditandatangani.
- Wajib menandatangani setiap koreksi penulisan (jika ada).
- Untuk proses pengajuan Cetak Ulang (Reprint) Polis Asuransi, mohon Pemegang Polis melengkapi seluruh persyaratan dokumen dan menyerahkan ke Kantor Pusat PT Asuransi Jiwa BCA ("Penanggung").  
 Dokumen utama, sebagai berikut:
  - Formulir Cetak Ulang (Reprint) Polis Asuransi asli yang telah diisi lengkap dan jelas;
  - Fotokopi Identitas Diri yaitu KTP untuk WNI, Paspor & KITAS/KITAP untuk WNA;
  - Bukti bayar biaya Cetak Ulang (Reprint) Polis Asuransi;
  - Surat keterangan kehilangan Polis Asuransi dari Kepolisian yang ditandatangani oleh Pemegang Polis sebagai Pelapor atau
  - Jika Polis Asuransi rusak, harap melampirkan Polis Asuransi yang rusak.

### DATA POLIS ASURANSI

Nomor Polis Asuransi:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 Nama Lengkap Pemegang Polis:  
 (Sesuai Identitas Diri yang dilampirkan)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Saya/Kami yang bertanda tangan di bawah ini, setuju untuk mengajukan Cetak Ulang (Reprint) Polis Asuransi dengan alasan sebagai berikut:

- Hilang (Harap melampirkan Surat Keterangan Kehilangan dari Kepolisian).
- Rusak (Harap melampirkan Polis Asuransi yang rusak ke Penanggung bersamaan dengan pengajuan).
- Lainnya, sebutkan .....

### KETENTUAN CETAK ULANG (REPRINT) POLIS ASURANSI

Saya Pemegang Polis memahami dan sudah mempertimbangkan risiko yang akan terjadi akibat Cetak Ulang (Reprint) Polis Asuransi serta menyetujui dan bersedia mentaati ketentuan yang berlaku, sebagai berikut:

- Polis Asuransi dalam status aktif (Inforce).
- Membayar Biaya Cetak Ulang (Reprint) Polis Asuransi sebesar Rp100.000,- (seratus ribu rupiah).
- Sejak tanggal formulir ini ditandatangani sampai dengan diterima oleh Penanggung tidak lebih dari 30 (tiga puluh) Hari Kalender. Apabila tanggal penandatanganan formulir ini lebih dari 30 (tiga puluh) Hari Kalender, maka pengajuan Cetak Ulang (Reprint) Polis Asuransi tidak dapat diproses dan Pemegang Polis dapat mengajukan ulang Formulir Cetak Ulang (Reprint) Polis Asuransi baru beserta kelengkapan dokumen pendukung lainnya.
- Apabila dokumen pengajuan Cetak Ulang (Reprint) Polis Asuransi diterima tidak lengkap dan/atau tidak benar, maka pengajuan Cetak Ulang (Reprint) Polis Asuransi akan ditunda. Pengajuan akan diproses kembali setelah kelengkapan dokumen terakhir diterima oleh Penanggung. Jika dalam 30 (tiga puluh) Hari Kalender kelengkapan dokumen belum diterima oleh Penanggung, maka Pemegang Polis dianggap membatalkan pengajuan Cetak Ulang (Reprint) Polis Asuransi ini.
- Pengajuan Cetak Ulang (Reprint) Polis Asuransi tidak dapat diproses, apabila Polis Asuransi masih dalam jaminan/kolateral (Banker's Clause).
- Dengan diterbitkannya salinan Polis Asuransi tersebut maka dokumen Polis Asuransi asli atas nama Pemegang Polis yang diterbitkan oleh Penanggung dinyatakan tidak berlaku lagi.
- Saya menyetujui bahwa apabila terdapat keterangan, pernyataan atau pemberitahuan yang disampaikan keliru dan/atau tidak benar, maka Penanggung berhak membatalkan pengajuan Cetak Ulang (Reprint) Polis Asuransi sesuai dengan ketentuan yang terdapat dalam Polis Asuransi.
- Salinan Polis Asuransi akan dikirimkan ke alamat korespondensi yang terdaftar di Penanggung.
- Sejak tanggal diterbitkannya salinan Polis Asuransi, maka Penanggung dibebaskan dari segala tanggung jawab, kerugian, sanksi, maupun tuntutan hukum dalam bentuk apapun dan dari manapun dikemudian hari.

Ditandatangani di:

Tanggal:

 /

 /

 (dd/mm/yyyy)

( \_\_\_\_\_ )

 Nama Lengkap & Tanda Tangan  
 Pemegang Polis

Tenaga Penjual\*

\*Khusus untuk Produk Non DMTM dan/atau Non Group

|                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Nama Tenaga Penjual: | <input type="text"/> | Kode Tenaga Penjual: | <input type="text"/> |
| Nama Cabang:         | <input type="text"/> | Kode Cabang:         | <input type="text"/> |
| Nomor Telepon:       | <input type="text"/> | Nomor Ponsel:        | <input type="text"/> |
| Alamat email:        | <input type="text"/> |                      |                      |