

FORMULIR PENEBUSAN POLIS ASURANSI

Perlu diperhatikan:

- Formulir Penebusan Polis Asuransi ini wajib diisi oleh Pemegang Polis dengan tinta hitam, huruf cetak, jelas dan memberi tanda (✓) pada kotak sesuai pilihan.
- Memastikan Formulir Penebusan Polis Asuransi ini telah diisi dengan lengkap, benar dan jelas sebelum ditandatangani.
- Wajib menandatangani setiap koreksi penulisan (jika ada).
- Untuk proses pengajuan Penebusan Polis Asuransi, mohon Pemegang Polis melengkapi seluruh persyaratan dokumen dan menyerahkan ke Kantor Pusat PT Asuransi Jiwa BCA ("Penanggung").
 Dokumen Utama, sebagai berikut:
 - Formulir Penebusan Polis Asuransi asli yang telah diisi lengkap dan jelas;
 - Polis Asuransi asli;
 - Fotokopi Identitas Diri yaitu KTP untuk WNI, Paspor & KITAS/KITAP untuk WNA;
 - Fotokopi cover buku tabungan;
 - Surat Keterangan Kehilangan dari Kepolisian yang ditandatangani oleh Pemegang Polis sebagai pelapor (jika Polis Asuransi hilang);
 - Dokumen pendukung lainnya (jika diperlukan).

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 Penebusan Polis Asuransi Saya/Kami diatas sebagai berikut:

☐ Pengembalian Premi dalam Masa Pemahaman Polis Asuransi (Free look)*
 ☐ Penebusan Polis Asuransi (Surrender)**
 ☐ Akhir Masa Pertanggungan (Maturity)***

Keterangan:

*Free look adalah pembatalan dalam Masa Pemahaman Polis Asuransi sesuai dengan Ketentuan Polis Asuransi.

**Surrender adalah pembatalan setelah melewati Masa Pemahaman Polis Asuransi.

***Maturity adalah pembatalan karena Masa Pertanggungan Polis Asuransi telah berakhir.

Alasan Penebusan Polis Asuransi: (Wajib Diisi)

☐ Memerlukan dana	☐ Beli Polis Asuransi baru	☐ Tidak bekerja lagi	☐ Nilai Tunai untuk pembayaran Premi
☐ Pindah ke luar negeri	☐ Produk tidak sesuai	☐ Polis Asuransi sudah lama tidak aktif	
☐ Tidak puas terhadap pelayanan Tenaga Penjual	☐ Tidak puas terhadap pelayanan Perusahaan		
☐ Lainnya, sebutkan			

Mohon bentuk pembayaran dilakukan dengan cara sebagai berikut:

☐ Transfer ke rekening

Nama Lengkap Pemilik Rekening:

Nomor Rekening:

Nama Bank:

Cabang Bank:

☐ Pembayaran Premi Polis Asuransi

Nomor Polis Asuransi:	<table border="1" style="display: inline-table; width: 150px; height: 20px;"></table>	Nominal (Rp):	<table border="1" style="display: inline-table; width: 200px; height: 20px;"></table>
Nomor Polis Asuransi:	<table border="1" style="display: inline-table; width: 150px; height: 20px;"></table>	Nominal (Rp):	<table border="1" style="display: inline-table; width: 200px; height: 20px;"></table>
Nomor Polis Asuransi:	<table border="1" style="display: inline-table; width: 150px; height: 20px;"></table>	Nominal (Rp):	<table border="1" style="display: inline-table; width: 200px; height: 20px;"></table>
Nomor Polis Asuransi:	<table border="1" style="display: inline-table; width: 150px; height: 20px;"></table>	Nominal (Rp):	<table border="1" style="display: inline-table; width: 200px; height: 20px;"></table>
Nomor Polis Asuransi:	<table border="1" style="display: inline-table; width: 150px; height: 20px;"></table>	Nominal (Rp):	<table border="1" style="display: inline-table; width: 200px; height: 20px;"></table>

KETENTUAN PENEBUSAN POLIS ASURANSI

Saya Pemegang Polis memahami dan sudah mempertimbangkan risiko yang akan terjadi akibat Penebusan Polis Asuransi serta menyetujui dan bersedia mentaati ketentuan yang berlaku, sebagai berikut:

1. Tanda tangan Pemegang Polis harus sama dengan spesimen tanda tangan yang terdapat pada Surat Pengajuan Asuransi Jiwa atau Formulir Perubahan Tanda Tangan (jika pernah mengajukan perubahan tanda tangan) yang terakhir diajukan dan telah disetujui untuk diproses oleh Penanggung.
2. 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 Penebusan Polis Asuransi tidak dapat diproses dan Pemegang Polis dapat mengajukan ulang Formulir Penebusan Polis Asuransi baru beserta kelengkapan dokumen pendukung lainnya.
3. Apabila dokumen pengajuan Penebusan Polis Asuransi diterima tidak lengkap dan/atau tidak benar, maka pengajuan Penebusan 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 Penebusan Polis Asuransi ini.
4. Penebusan Polis Asuransi akan diproses setelah dokumen asli dan kelengkapan dokumen lainnya diterima oleh Penanggung.
5. Pemegang Polis tidak dapat mengajukan Penebusan Polis Asuransi, jika Polis Asuransi dalam proses Penyerahan Polis Asuransi Sebagai Jaminan/Kolateral (*Banker's Clause*).
6. Khusus Polis Asuransi tradisional, apabila dalam proses Penebusan Polis Asuransi terdapat pinjaman Polis Asuransi, maka Nilai Tunai (jika ada) yang dibayarkan adalah Nilai Tunai dikurangi total pinjaman beserta seluruh bunganya dan biaya-biaya lainnya (jika ada).
7. Dana Penebusan Polis Asuransi hanya dapat ditransfer ke rekening Bank atas nama Pemegang Polis.
8. Dalam hal dana Penebusan Polis Asuransi ini digunakan untuk pembayaran Premi Polis Asuransi lain, maka pembayaran tersebut hanya dapat ditujukan ke Polis Asuransi atas nama Pemegang Polis, Tertanggung dan/atau Penerima Manfaat dari Polis Asuransi yang terdaftar di Penanggung.
9. Pembayaran atas Penebusan Polis Asuransi dalam mata uang dollar Amerika Serikat yang ditransfer ke rekening dalam mata uang rupiah akan menggunakan kurs tengah Bank Indonesia pada tanggal pembayaran.
10. Polis Asuransi yang sudah dibatalkan tidak dapat dipulihkan kembali.
11. Sejak tanggal pengajuan Penebusan Polis Asuransi disetujui oleh Penanggung, 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:		Kode Tenaga Penjual:	
Nama Cabang:		Kode Cabang:	
Nomor Telepon:		Nomor Ponsel:	
Alamat email:			