

Perhatian!

- 1 Tujuan asuransi adalah untuk memenuhi kebutuhan keuangan jangka panjang. Namun bila terjadi penarikan dana sebelum masa pertanggungan berakhir, maka tujuan asuransi dapat tidak tercapai.
2. Cantumkan tanda tangan pada formulir ini setelah pemilik polis yakin bahwa jawaban/informasi/keterangan yang diberikan sesuai dengan kondisi sebenarnya.
3. Jangan menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong.
4. Tidak dapat diproses melalui faksimili atau fotokopi. Formulir asli harus diterima oleh kantor pusat PT Avrist Assurance ("Avrist").
5. Harap mengisi keterangan saksi di balik halaman ini.

Nama Tertanggung :

Nama Pemilik Polis :

No. KTP/Paspor/SIM Pemilik Polis :

No. Polis :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 No. Telp/Handphone :

Catatan: Lampirkan polis asli dan fotokopi bukti identitas diri pada formulir ini.

A. PERMOHONAN PENYERAHAN POLIS (POLICY SURRENDER)

Sebelum menyerahkan formulir ini saya mengerti bahwa penyerahan polis akan mengakibatkan:

1. Berakhirnya perlindungan asuransi dan tidak ada tabungan lagi.
2. Pajak akan dibebankan jika penyerahan polis dilakukan sebelum 3 tahun dan telah mendapat keuntungan (khusus Produk Endowment dengan premi tunggal).

Dan telah diberikan alternatif, seperti:

- Perubahan Cara Bayar Penghapusan Kontrak Tambahan Pinjaman Extended Term Insurance/Reduce Paid-Up
- Perubahan Uang Pertanggungan/Jenis Pertanggungan (mengacu pada persyaratan dan ketentuan polis)

Mohon dilakukan proses untuk mendapatkan nilai tunai dengan semua dividen atau tambahan lainnya, jika ada, untuk penyerahan polis dengan nomor tersebut di atas.

B. CARA PEMBAYARAN DANA

Mohon pembayaran dilakukan melalui:

Transfer ke bank :

Cabang :

No. Rekening : Rp US\$

Atas Nama :

C. ALASAN PENGAJUAN PENYERAHAN POLIS

Alasan mengajukan permohonan penyerahan polis*:

- Sudah sesuai dengan harapan yang diinginkan
- Membeli polis dengan program lain dari Avrist/perusahaan asuransi lain
- Tidak merasa puas atas jenis perlindungan yang dimiliki
- Tidak mendapatkan pelayanan yang baik dari: Agen Kantor Pusat/Kantor Pemasaran
- Lain-lain (jelaskan) :

* Berikan tanda (V) pada kotak pilihan alasan yang dipilih.

D. PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya mengerti dan menyetujui hal-hal sebagai berikut:

1. Saya selaku pemilik polis menyerahkan kembali polis kepada Avrist untuk diakhiri dan mendapatkan nilai polis sesuai dengan segala ketentuan dan persyaratan di dalamnya, bersama segala simpanan atau tambahan apapun, jika ada.
2. Kewajiban dari Avrist dalam hubungannya dengan polis ditentukan dan dibatasi sampai dengan jumlah nilai polis dan hutang-hutangnya, jika ada. Dengan pembayaran seluruh nilai polis, maka Avrist dibebaskan dari segala kewajiban dalam bentuk apapun baik saat ini maupun di kemudian hari dan dari pihak manapun.

Selanjutnya saya memberi kuasa kepada:

Avrist untuk menggunakan informasi atau keterangan mengenai diri saya yang tersedia, diperoleh atau disimpan oleh Avrist (sesuai yang tercantum dalam formulir ini atau sarana lain), kepada pihak-pihak lain (termasuk tetapi tidak terbatas pada perusahaan reasuransi, asuransi, lembaga, bank atau badan hukum lain baik di dalam maupun di luar negeri) yang memiliki hubungan kerja sama dengan Avrist dalam rangka pengajuan formulir ini, pembayaran klaim, pelayanan nasabah, maupun penawaran produk lain kepada saya. Saya juga mengerti bahwa saya berhak untuk melakukan koreksi atau penambahan atas informasi dan keterangan mengenai saya tersebut dengan menghubungi kantor Avrist.

Ditandatangani di Tanggal

Materai Rp 6.000

Nama & Tanda Tangan Tertanggung
(jika berbeda dengan Pemilik Polis)

Nama & Tanda Tangan Pemilik Polis

Nama & Tanda Tangan Saksi
Kode Agen:

A. KETERANGAN SAKSI

Saya bertemu dan melihat pemilik polis pada saat formulir ini ditandatangani.

Ya

Tidak

Bila "Tidak", jelaskan

Saya merupakan agen dari polis ini.

Ya

Tidak

Bila "Tidak", jelaskan

B. PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan mengerti dan menyetujui hal-hal sebagai berikut:

1. Semua jawaban/informasi/keterangan yang tercantum dalam formulir ini adalah jawaban/informasi/keterangan yang diberikan oleh pemilik polis.
2. Saya sudah menjelaskan dengan benar mengenai syarat/ketentuan polis Avrist kepada pemilik polis termasuk namun tidak terbatas pada konsekuensi yang muncul akibat penyerahan polis yang dipergunakan untuk pengganti polis lain.

Saksi

Mengetahui,

Nama & Tanda Tangan
Agen/SOA/CS

Nama & Tanda Tangan
ABDM/Leader

Kode Agen* : _____

** Wajib diisi jika saksi adalah agen.*
