

Nomor : 000003/DOPS/MGI/IX/2020  
Perihal : Pemberitahuan Jatuh Tempo Masa Garansi Investasi & Pengambilan Nilai Polis  
Polis No 2206000023 Atas nama CUSTOMER\_NAME 0000490365  
Lampiran : 1 (satu)

Jakarta, 23 September 2020

Kepada Yth,  
Bapak/Ibu CUSTOMER\_NAME 0000490365  
Di Tempat

Dengan hormat,

Kami mengucapkan terima kasih atas kepercayaan Bapak/Ibu kepada PT Bhinneka Life Indonesia dalam pengelolaan perlindungan asuransi dan keuangan Bapak/Ibu beserta keluarga tercinta.

Dengan ini kami sampaikan bahwa akhir Masa Garansi Investasi (MGI) Polis Asuransi BHINNEKA ASSURANCE SAVER Bapak/Ibu akan jatuh tempo pada tanggal 23/10/2020. Berdasarkan pilihan Jatuh Tempo (MGI) yang tercantum di Surat Pengajuan Asuransi Jiwa (SPAJ), Bapak/Ibu memilih untuk Mengambil Nilai Polis yang Bapak/Ibu miliki.

Adapun perincian Nilai Polis Bapak/Ibu sebagai berikut :

Nomor Polis	:	2206000023
Nama Pemegang Polis	:	CUSTOMER_NAME 0000490365
Total Premi	:	Rp. 75.000.000,-
Hasil Investasi MGI 12 (Dua Belas) bulan	:	Rp. 5.437.500,-
Nilai Tunai	:	Rp. 80.437.500,-

Agar Pengambilan Nilai Tunai Polis Bapak/Ibu dapat segera kami proses, mohon untuk melengkapi persyaratan dokumen sebagai berikut :

1. Polis Asli
2. Copy identitas diri Pemegang Polis yang masih berlaku
3. Mengisi Formulir Pengajuan Pembayaran Manfaat Polis Asuransi (terlampir)

Kelengkapan dokumen tersebut di atas dapat dikirimkan ke kantor pemasaran PT Bhinneka Life Indonesia terdekat atau ke Kantor Pusat dengan alamat :

Policy Owner Services (POS)  
PT Bhinneka Life Indonesia  
Sinar Mas MSIG Tower Lt. 35  
Jl. Jend. Sudirman Kav. 21 Setiabudi  
Jakarta Selatan 12930

Demikian kami sampaikan, jika Bapak/Ibu memiliki pertanyaan sehubungan dengan Polis yang Bapak/Ibu miliki silahkan menghubungi Customer Care kami di nomor telepon (021) 5099-7777, atau melalui email : [care@bhinnekalife.com](mailto:care@bhinnekalife.com) dengan senang hati kami akan membantu.

Hormat Kami,

**PT Bhinneka Life Indonesia**

Surat ini dicetak secara komputerisasi, pencantuman tanda tangan tidak diperlukan

# FORMULIR PENGAJUAN PEMBAYARAN MANFAAT POLIS ASURANSI



Mohon tidak menandatangani Formulir ini dalam keadaan kosong dan mengisi dengan menggunakan tinta hitam, jelas dan memberi tanda ✓ pada kotak jawaban yang sesuai. Jika terjadi salah penulisan, mohon dikoreksi dengan dicoret dan bubuhkan tanda tangan Pemegang Polis di sebelahnya sesuai dengan form spesimen tanda tangan. Harap melengkapi seluruh persyaratan yang tertera pada formulir untuk mempercepat proses pengajuan Anda.

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Pemegang Polis   
 Nama Tertanggung   
 Nomor Polis   
 Alamat saat ini   
 No  RT  RW   
 Kota  Kodepos   
 No Telp Rumah  -   
 HP  -   
 Alamat Email

Saya setuju data alamat, no telpon dan alamat email yang tercantum dalam formulir ini akan diubah sesuai dengan Formulir ini

☐ Setuju ☐ Tidak setuju

Dengan ini mengajukan permohonan sebagai berikut : (Pilih dan beri tanda ✓)

☐ Cooling Off Period  
☐ Penebusan Polis (Surrender)  
☐ Akhir Masa Asuransi  
 Alasan Cooling Off / Penebusan Polis :   
 Jatuh Tempo  -  -  tanggal/bulan/tahun  
 Nominal Rp.

Dokumen yang harus dilengkapi:

- ☐ Formulir Pengajuan Pembayaran Manfaat Polis Asuransi Asli yang telah diisi lengkap dan jelas
- ☐ Copy Identitas diri Pemegang Polis yang masih berlaku
- ☐ Melampirkan Polis Asli untuk pengajuan : Cooling Off, Penebusan Polis dan Akhir Masa Asuransi

Pembayaran atas permohonan tersebut di atas di transfer ke :

Bank   
 No Rekening   
 Cabang   
 Nama Pemilik Rekening

*\* Rekening wajib atas nama Pemegang Polis. Jika ke rekening Tertanggung/Ahli Waris (yang tercantum di dalam Polis) wajib melampirkan surat kuasa beserta fotocopy identitas diri*

## SAYA MENYATAKAN BAHWA:

- Saya telah membaca, memahami ketentuan-ketentuan pengajuan pembayaran Manfaat Asuransi yang di atur dalam Polis maupun ketentuan-ketentuan dalam Formulir Pengajuan Pembayaran Manfaat Asuransi, menjawab dan mengisi pernyataan-pernyataan pada Formulir Pengajuan Pembayaran Manfaat Asuransi ini dengan lengkap dan benar serta menyerahkan kepada PT Bhinneka Life Indonesia (Selanjutnya disebut Penanggung).
- Seluruh jawaban/informasi/keterangan telah dibaca dan diperiksa kembali kebenarannya sebelum menandatangani Formulir Pengajuan Pembayaran Manfaat Asuransi ini, sehingga saya bertanggung jawab atas segala isinya. Apabila terdapat keterangan yang tidak benar, maka saya akan tunduk pada Ketentuan Polis ini serta saya memahami bahwa jawaban dan keterangan tersebut di atas menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari Polis.
- Saya memahami bahwa permohonan ini tidak akan berlaku sebelum diterima dan diproses sesuai dengan ketentuan dan persyaratan yang berlaku pada Penanggung dari waktu ke waktu.
- Apabila Cooling Off Period, Penebusan Polis dan/atau Akhir Masa Asuransi diajukan dengan tidak menyertakan buku Polis asli dan menggantinya dengan Surat Keterangan Kehilangan dari Kepolisian, maka dengan ini Saya membebaskan Penanggung dari segala kerugian dan/atau tuntutan yang mungkin timbul sehubungan dengan peyalahgunaan buku Polis yang hilang dan/atau telepon kepada Pemegang Polis.
- Benar pengajuan atas transaksi ini diisi dan ditandatangani oleh saya sebagai Pemegang Polis. Jika di kemudian hari timbul klaim atas proses transaksi ini, maka saya memberikan pembebasan sepenuhnya kepada Penanggung dari segala kewajiban-kewajiban yang berhubungan dengan Polis tersebut serta tidak akan mengajukan tuntutan-tuntutan dalam bentuk apapun di kemudian hari baik dari saya maupun dari pihak manapun.

## SAYA MENSETUJUI

- Proses pembayaran akan dilakukan bila dokumen pengajuan pembayaran Manfaat Asuransi yang asli telah diterima dan disetujui oleh Penanggung.
- Penanggung berhak untuk meminta dokumen pendukung tambahan jika diperlukan dan apabila Pemegang Polis tidak/belum melengkapi dokumen sebagaimana diminta oleh Penanggung, maka proses akan ditangguhkan sampai dengan semua dokumen yang diminta sudah lengkap dan Penanggung akan menyampaikan hal tersebut melalui surat, Short Message Service (SMS) dan/atau telepon kepada Pemegang Polis.
- Penanggung dapat menghubungi saya untuk menyampaikan informasi terkait pelayanan Polis melalui sarana komunikasi seperti namun tidak terbatas kepada e-mail, Short Message Service (SMS) dan/atau telepon.

Ditandatangani di :

Tanggal     Tanggal/bulan/tahun

(Nama Jelas & Tanda Tangan Pemegang Polis)

Ketentuan:

- Apabila pada saat penebusan Polis terdapat pinjaman Polis maka Nilai Tunai (jika ada) yang dikembalikan adalah Nilai Tunai dikurangi total pinjaman beserta bunganya.
- Dana Penebusan Polis hanya dapat ditujukan ke rekening bank atas nama Pemegang Polis.
- Manfaat Asuransi tidak akan di bayarkan apabila ternyata dokumen-dokumen yang harus diserahkan dalam rangka pengajuan pembayaran Manfaat Asuransi diketahui telah dimanipulasi dan/atau di palsukan. Dalam hal manipulasi dan/ atau pemalsuan dokumen diketahui setelah Manfaat Asuransi dibayarkan, Penanggung diberikan hak untuk menagih kembali Manfaat Asuransi yang bukan merupakan hak Tertanggung.