

FORMULIR PERMOHONAN DUPLIKAT

- Mohon formulir diisi LENGKAP dengan menggunakan huruf CETAK dan pastikan Anda melengkapi persyaratan yang wajib dilampirkan.
- Mohon tidak menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong dan pastikan semua informasi yang dibutuhkan telah dipenuhi sebelum menandatangani.
- Mohon tidak menghapus jawaban Anda dengan cara apapun. Apabila koreksi perlu dilakukan, silakan coret tulisan yang akan dikoreksi, cantumkan jawaban yang diinginkan dan bubuhkan tanda tangan Anda. Pastikan tanda tangan Anda sesuai dengan tanda tangan pada kartu identitas Anda.
- Permohonan yang diproses adalah permohonan dengan formulir asli dan ditandatangani oleh Pemilik Polis.
- Data yang tercantum dalam formulir ini akan digunakan untuk memproses pengajuan Anda. Apabila informasi yang tercantum tidak lengkap, maka PT Sun Life Financial Indonesia berhak untuk tidak melanjutkan proses pengajuan Anda sampai seluruh informasi tersebut dilengkapi.
- Apabila di kemudian hari data yang terdapat dalam formulir ini tidak benar atau perlu diperbaharui, Anda dapat mengajukan perbaikan atau pembaharuan data dengan menghubungi *Call Center* kami di 1 500 786 atau melalui email sli_care@sunlife.com atau WA Interaktif: +6281-321-500-786
- Data yang tercantum di dalam formulir ini adalah milik PT Sun Life Financial Indonesia. Seluruh karyawan, karyawan alih daya dan tenaga pemasar PT Sun Life Financial Indonesia wajib menjaga kerahasiaan data tersebut dan tidak diperkenankan untuk mempublikasikan atau menyebarkan atau memberikan data tersebut kepada pihak yang tidak berwenang tanpa izin tertulis sebelumnya dari PT Sun Life Financial Indonesia. Apabila formulir ini tersebar tanpa sengaja atau tidak tersimpan dengan baik, mohon untuk memberitahukan segera melalui *email* ke sli_care@sunlife.com atau nomor telepon 1 500 786 atau WA Interaktif: +6281-321-500-786.

Nomor Polis :

Nama Pemilik Polis :

NIK : (Cantumkan Nomor Induk Kependudukan)

Nama Tertanggung :

Alamat Saat ini :

Kota/ Provinsi: Kode Pos:

Nomor Telepon : Rumah: Kantor: Ext:

Handphone (WAJIB diisi dengan nomor telpon yang aktif)

Alamat Surat Elektronik : (E-mail)

Mohon diubah sesuai data keterangan tersebut diatas untuk: Alamat Rumah Alamat E-mail Telp Rumah HP

(Dapat dipilih lebih dari satu dan beri tanda v pada kotak sesuai perubahan yang diinginkan)

Dengan ini mengajukan permohonan penerbitan **Duplikat Polis/Ringkasan/Kartu "coret salah satu.**

Alasan pengajuan :

.....

Duplikat polis yang diajukan adalah

- Duplikat Polis Digital (Email/WhatsApp) Cetak
- Duplikat Ringkasan Polis Digital (Email/WhatsApp) Cetak
- Duplikat/Cetak Ulang Kartu Kesehatan

Keterangan:

- Untuk penerbitan Duplikat Polis dalam bentuk cetak akan dikenakan biaya administrasi sebesar Rp35.000 (penjualan melalui *telemarketing*) atau Rp150.000 (penjualan melalui Agen Asuransi PT Sun Life Financial Indonesia). Dan untuk ringkasan polis dikenakan biaya cetak Rp50.000
- Cetak ulang kartu dikenakan biaya sebesar Rp100.000
- Proses cetak akan dilakukan jika dana sudah kami terima
- Biaya Duplikat Polis dapat berubah sewaktu-waktu tanpa pemberitahuan terlebih dahulu.

Dokumen yang wajib dilampirkan:

- Fotokopi KTP/SIM/Paspor Pemilik Polis yang masih berlaku dan jelas
Jika nama yang tertera pada kartu identitas BERBEDA dengan nama yang tertera pada polis, mohon orang yang sama membuat surat pernyataan di atas meterai Rp10.000
- Bukti transfer pembayaran duplikat/cetak ulang
Untuk pembayaran melalui transfer ke rekening PT Sun Life Financial Indonesia khusus pembayaran duplikat di:

Rekening Virtual Account Bank CIMB Niaga
Nomor rekening: 3439 + Nomor Polis
Atas nama Pemilik Polis

Pernyataan dan Persetujuan Pemilik Polis

Dengan ini Saya menyatakan dan menyetujui bahwa:

1. Formulir Permohonan Duplikat polis/Ringkasan polis/kartu kesehatan hanya berlaku untuk satu nomor polis dan akan diproses apabila seluruh data serta syarat kelengkapan dokumen telah dipenuhi. Duplikat polis/Ringkasan polis/kartu kesehatan akan berlaku apabila telah disetujui oleh PT Sun Life Financial Indonesia.
2. Saya mengerti, memahami dan menyetujui jika diperlukan PT Sun Life Financial Indonesia berhak untuk melakukan verifikasi transaksi termasuk berupa pengajuan permintaan informasi tambahan, konfirmasi kepada Pemilik Polis dan/atau pembayaran dana perubahan. Pengajuan Perubahan Polis yang tertera pada formulir akan diselesaikan dalam waktu 5 hari kerja dari dokumen diterima lengkap, lolos verifikasi pihak terkait (jika diperlukan) dan dana perubahahan diterima lengkap (jika ada).
3. Dengan diterbitkannya Duplikat polis/Ringkasan polis/kartu kesehatan tersebut, maka dokumen Polis/Ringkasan/ Kartu kesehatan ASLI yang diterbitkan oleh PT Sun Life Financial Indonesia atas nama saya dengan nomor tersebut di atas dibatalkan dan dinyatakan tidak berlaku lagi.
4. Sepanjang sepengetahuan dan keyakinan Saya, semua jawaban dari seluruh pertanyaan yang berhubungan dengan Pemilik Polis dan/atau Tertanggung adalah lengkap dan benar. Semua jawaban dari seluruh pertanyaan tersebut merupakan dasar dan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis dan apabila ternyata jawaban/keterangan yang Saya berikan tidak benar maka PT Sun Life Financial Indonesia berhak menolak pengajuan perubahan ataupun membatalkan Polis sesuai dengan ketentuan Polis.
5. Saya/kami mengizinkan Perusahaan untuk mengumpulkan, menggunakan, menyingkapkan, menyimpan, mengelola dan/atau memproses" seluruh data dan informasi pribadi yang sudah saya/kami berikan kepada Perusahaan dan/atau sudah dimiliki Perusahaan mengenai diri saya untuk tujuan investigasi, riset dan analisis pemasaran dan tujuan lainnya.
6. Saya/kami menyatakan persetujuan untuk menerima korespondensi, penginian informasi, penawaran produk dan/atau layanan dari Perusahaan, afiliasi dan mitra bisnis melalui surat, telepon, telepon seluler, e-mail, maupun saluran komunikasi pribadi lainnya.
7. Saya telah membaca, mengerti, memahami, dan menyetujui persyaratan dan ketentuan Permohonan Duplikat Polis yang tertera pada formulir ini. Segala akibat yang timbul sehubungan dengan Permohonanan Duplikat Polis ini menjadi tanggung jawab Saya sepenuhnya dan dengan ini saya membebaskan PT Sun Life Financial Indonesia dari segala macam tuntutan atau gugatan dalam bentuk apapun dari pihak manapun termasuk dari Saya.

Ditandatangani di Pada tanggal / /(Tanggal/Bulan/Tahun)

.....
Nama dan Tanda Tangan Pemilik Polis

(Tanda tangan sesuai dengan kartu identitas yang dilampirkan).

Jika terdapat perbedaan tanda tangan dengan KTP/Kartu identitas, WAJIB mengisi formulir perubahan/penegasan tanda tangan