

FORMULIR PENGEMBALIAN PREMI/ KONTRIBUSI

- 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, silahkan 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.
- 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.
- 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 SUN (786)

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nomor Polis :

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

Nama Pemilik Polis :

Nomor KTP : (Cantumkan Nomor Induk Kependudukan)

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)

Dengan ini mengajukan pengembalian premi/ kontribusi yang sudah disetorkan ke PT Sun Life Financial Indonesia ke Rekening / Kartu Kredit* berikut:

Nama Bank :

No. Rekening/Kartu Kredit * :

Nama Pemilik Rekening/Kartu* :

Jumlah Premi/ Kontribusi :

Alasan :

**Coret yang tidak perlu*

Keterangan :

- Untuk pengembalian dana ke rekening, pentransferan dana hanya dapat dilakukan ke rekening atas nama Pemilik Polis
- Untuk pengembalian dana ke Kartu Kredit hanya dapat dikembalikan ke Kartu Kredit sumber pendebitan

Pernyataan dan Persetujuan Pemilik Polis

Dengan ini Saya menyatakan dan menyetujui bahwa:

1. Pengajuan Pengembalian Premi/ Kontribusi hanya berlaku untuk satu nomor polis dalam satu formulir dan akan diproses setelah disetujui oleh PT Sun Life Financial Indonesia. Apabila terdapat lebih dari satu permohonan dalam satu polis, maka urutan proses transaksi akan ditentukan oleh PT Sun Life Financial Indonesia.
2. Jika diperlukan PT Sun Life Financial Indonesia berhak untuk melakukan verifikasi transaksi termasuk berupa pengajuan permintaan informasi tambahan atau konfirmasi kepada Pemilik Polis.
3. Pengajuan Pengembalian Premi/ Kontribusi ke rekening akan diselesaikan dalam waktu 7 hari kerja dan untuk pengembalian ke Kartu Kredit akan diselesaikan dalam waktu 14 hari kerja sejak dokumen diterima dengan lengkap dan jelas.

4. Sepanjang sepengetahuan dan keyakinan Saya, semua jawaban dari seluruh pertanyaan yang berhubungan dengan Pemilik Polis 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 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 Pengembalian Premi yang tersebut dalam formulir ini. Segala akibat yang timbul sehubungan dengan permohonan 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)

Pemilik Polis,

Meterai
Rp. 10.000

[TTD tanpa materai]

.....
Nama dan Tanda Tangan Pemilik Polis

.....
Nama dan Tanda Tangan Pemilik Polis

Tanda tangan harus sesuai dengan kartu identitas yang dilampirkan

Dokumen yang wajib dilampirkan :

- Fotokopi KTP/SIM/Paspor yang masih berlaku dan jelas dari Pemilik Polis
- Fotokopi Bukti Pembayaran Transfer atau bukti pemotongan Kartu Kredit
- Fotokopi Copy SPAJ *Jika Aplikasi belum dikirimkan ke pihak Sun Life