PT Astra Aviva Life terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

PT. ASTRA AVIVA LIFE, Pondok Indah Office Tower 3 , 1st Floor , Jl.Sultan Iskandar Muda Kav.V-TA,Pondok Indah, Jakarta Selatan 12310
Hello Astra Life : 1-500-AVA (282) ; cs.individual@astralife.co.id ; www.astralife.co.id

# FORMULIR PENCAIRAN MANFAAT AKHIR POLIS (MATURITY)

> Mohon diisi jujur, lengkap dan benar oleh pemegang polis dengan menggunakan ballpoint serta huruf cetak dan memberi tanda ( √ )pada kotak yang sesuai.
> Tidak diperkenankan menggunakan cairan penghapus / pena penghapus. Apabila diperlukan koreksi terhadap pernyataan yang diisi mohon dicoret dan ditandatangani di setiap bentuk koreksi tersebut.
> Mohon tidak menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong dan pastikan semua informasi yang dibutuhkan telah dipenuhi oleh pemegang polis dan/atau tertanggung sebelum menandatanganinya.
> Wajib melampirkan foto copy identitas diri pemegang polis yang masih berlaku (KTP/SIM/Paspor/KITAS).
> Wajib mengembalikan polis.

**Nomor Polis** : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

☐ **Unit Link** ☐ **Non Unit Link**

Nama Pemegang Polis : _____

Nama Tertanggung : _____

Alamat Sesuai Identitas : _____

Kota/Provinsi : _____ Kode Pos : _____

Telepon Rumah : _____ - _____

Telepon Kantor : _____ - _____ Ext : _____

Handphone : _____ Email : _____

**Nomor Rekening Pemegang Polis** : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

**Nama Pemilik Rekening** : _____

**Nama Bank** : _____ **Cabang:** _____

**Mata Uang** : ☐ **USD** ☐ **Rupiah**

*Keterangan Tambahan*

- *Nama pemilik rekening harus dicantumkan sama persis dengan buku tabungan termasuk gelar (apabila ada)*
- *Harap melampirkan copy halaman depan buku tabungan / rekening koran / e-statement yang tertera informasi mengenai nama pemilik rekening dan nomor rekening*
- *Apabila terdapat perbedaan nama antara nama yang terdaftar di kartu identitas, rekening bank dengan nama yang terdaftar di Polis Astra Aviva Life termasuk perbedaaan yang disebabkan oleh singkatan dan ejaan nama maka nasabah wajib membuat Surat Pernyataan Orang Yang Sama diatas meterai Enam Ribu Rupiah*

**Pernyataan dan Persetujuan Pemegang Polis**

Dengan ini Saya menyatakan dan menyetujui bahwa :

1. Saya telah membaca,mengerti,memahami dan menyetujui semua ketentuan pencairan dana manfaat akhir polis serta bertanggung jawab atas semua informasi yang saya berikan dalam formulir ini. Apabila ada kesalahan dalam pengisian formulir ini maka sepenuhnya menjadi tanggung jawab saya, PT ASTRA AVIVA LIFE akan dibebaskan dari segala macam bentuk tuntutan baik sekarang maupun dikemudian hari.
2. Formulir Pencairan Manfaat Akhir Polis (Maturity) hanya berlaku untuk satu nomor polis.
3. Permohonan Pencairan Manfaat Akhir Polis (Maturity) akan diproses apabila seluruh data serta syarat kelengkapan dokumen telah dipenuhi,apabila diperlukan maka PT ASTRA AVIVA LIFE berhak untuk meminta dokumen tambahan termasuk melakukan verifikasi maupun konfirmasi lanjutan terhadap pemegang polis.
4. Biaya transfer pada setiap transaksi keuangan yang terjadi atas Polis ini akan dibebankan kepada pemilik rekening
5. Untuk transaksi antar mata uang maka kurs yang digunakan adalah kurs yang diterbitkan oleh PT ASTRA AVIVA LIFE ketika dokumen manfaat akhir polis lengkap diterima kantor pusat PT. ASTRA AVIVA LIFE.
6. Saya/Kami dengan ini memberi ijin kepada PT ASTRA AVIVA LIFE untuk menggunakan atau memberikan informasi atau keterangan mengenai Saya/Kami yang tersedia, diperoleh atau disimpan oleh PT ASTRA AVIVA LIFE (sesuai yang tercantum pada formulir ini atau sarana lain), kepada pihak-pihak lain (termasuk tetapi tidak terbatas pada perusahaan re-asuransi, asuransi, lembaga, bank, atau badan hukum lain baik di dalam maupun di luar negeri) yang memiliki hubungan kerjasama dengan PT ASTRA AVIVA LIFE dalam rangka pengajuan formulir perubahan ini, ketentuan Polis, pembayaran klaim, pelayanan nasabah, pelaksanaan ketentuan Polis, survey kepuasan nasabah, maupun untuk tujuan hukum dan perundang-undangan) dan karenanya ditandatanganinya formulir ini oleh Saya/Kami adalah merupakan bukti tertulis pemberian ijin oleh Saya/Kami.
7. Saya/Kami dengan ini memberi ijin kepada PT ASTRA AVIVA LIFE untuk menggunakan atau memberikan informasi atau keterangan mengenai Saya/Kami yang tersedia, diperoleh atau disimpan oleh PT ASTRA AVIVA LIFE tetapi tidak terbatas kepada data informasi terkait nama, alamat, tanggal kelahiran, no.telpon, alamat e-mail dan data-data terkait lainnya untuk kepentingan penawaran produk-produk asuransi lainnya milik PT ASTRA AVIVA LIFE produk-produk rekanan/partner usaha PT ASTRA AVIVA LIFE dan karenanya ditandatanganinya formulir ini oleh Saya/Kami adalah merupakan bukti tertulis pemberian ijin oleh Saya/Kami.

Ditandatangani di _____ Pada tanggal _____ (tanggal/bulan/tahun)

Nama Jelas & Tanda Tangan Pemegang Polis (*Tanda tangan sesuai dengan KTP/SIM/Paspor*)