

## FORMULIR PERMOHONAN CETAK DUPLIKAT

- > 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 menandatangani.
- > Wajib melampirkan foto copy identitas diri pemegang polis yang masih berlaku (KTP/Paspor/KITAS).
- > Pastikan Anda melengkapi seluruh persyaratan tambahan yang disyaratkan.
- > Formulir Permohonan Cetak Duplikat hanya berlaku untuk satu nomor polis.
- > Permohonan Cetak Duplikat 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.

Nomor Polis :

Nama Pemegang Polis : \_\_\_\_\_

Nama Tertanggung : \_\_\_\_\_

Alamat Sesuai Identitas : \_\_\_\_\_

Kota/Provinsi : \_\_\_\_\_ Kode Pos : \_\_\_\_\_

Alamat Korespondensi : \_\_\_\_\_

Kota/Provinsi : \_\_\_\_\_ Kode Pos : \_\_\_\_\_

Telepon Rumah : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Telepon Kantor : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Ext : \_\_\_\_\_

Telepon Seluler : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

Dengan ini saya mengajukan permohonan cetak duplikat dokumen berikut :

Polis  Kartu Kesehatan

Dengan alasan :

*Dokumen tambahan yang wajib dilampirkan :*

- *Jika Polis dan/atau Kartu Kesehatan asli hilang maka wajib melampirkan Foto copy surat keterangan kehilangan dari kepolisian dimana nama pelapor pada Surat Keterangan Kehilangan dari Kepolisian adalah atas nama Pemegang Polis.*
- *Jika Polis dan/atau Kartu Kesehatan asli rusak maka wajib mengembalikan Polis dan/atau Kartu Kesehatan asli*
- *Bukti transfer pembayaran cetak duplikat*

Pembayaran permohonan cetak duplikat dapat dilakukan melalui rekening PT ASTRA AVIVA LIFE berikut :

**701-945 -980**  
**Bank Permata**  
**a.n PT Astra Aviva Life**

Biaya Cetak Duplikat adalah sebagai berikut :

Jenis Permohonan	Biaya
Cetak Duplikat Kartu Kesehatan	Rp. 50.000,- (lima puluh ribu rupiah)
Cetak Duplikat Polis Direct Marketing Tele Marketing	Rp. 50.000,- (lima puluh ribu rupiah)
Cetak Duplikat Polis Unit Link & Non Direct Marketing Tele Marketing	Rp. 150.000,- (seratus lima puluh ribu rupiah)

### Pernyataan dan Persetujuan Pemegang Polis

Dengan ini Saya menyatakan dan menyetujui bahwa :

1. Semua jawaban-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 ASTRA AVIVA LIFE berhak menolak pengajuan ataupun membatalkan Polis sesuai dengan ketentuan Polis.
2. Dengan diterbitkannya Polis dan/atau Kartu Kesehatan duplikat maka Polis dan/atau Kartu Kesehatan yang telah diterbitkan sebelumnya menjadi tidak berlaku.
3. Saya/Kami dengan ini memberi izin 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 permohonan cetak duplikat 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 izin oleh Saya/Kami.
4. Saya/Kami dengan ini memberi izin 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 izin oleh Saya/Kami.
5. Saya/Kami dengan ini menyatakan seluruh informasi yang tercantum pada SPJL sehubungan dengan penerbitan Polis ini tidak berubah, tetap berlaku dan sesuai dengan keadaan Saya/Kami yang sebenarnya, dan Dengan Ini Saya menyatakan seluruh pernyataan, keterangan dan jawaban yang saya berikan telah sesuai dengan apa yang saya ketahui secara jujur, lengkap dan benar. Jika Pernyataan dari Saya tersebut diatas ternyata terbukti di kemudian hari tidak benar dan/atau menyesatkan dan menimbulkan kerugian terhadap PT ASTRA AVIVA LIFE, maka Saya bersedia untuk menerima semua konsekuensi risiko dan bertanggung jawab atas kepesertaan Saya dan/atau tertanggung sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan oleh PT ASTRA AVIVA LIFE dan ketentuan peraturan perundangan yang berlaku berikut perubahannya dikemudian hari, dan membebaskan PT ASTRA AVIVA LIFE, dari segala tuntutan/gugatan hukum yang mungkin timbul sebagai akibat dari pernyataan yang tidak benar dan/atau menyesatkan tersebut

Ditandatangani di \_\_\_\_\_ Pada tanggal \_\_\_\_\_ (tanggal/bulan/tahun)

**DIISI OLEH PETUGAS PEMASARAN ASTRA LIFE YANG MELAYANI TRANSAKSI DALAM FORMULIR INI**

Nama Petugas Pemasaran :

No Tlp Petugas Pemasaran :

\_\_\_\_\_  
Nama Jelas & Tanda Tangan Pemegang Polis (Tanda tangan sesuai dengan KTP/Paspor/KITAS)