



Perhatian:

- Mohon mengisi dengan menggunakan tinta hitam, huruf cetak dan jelas.
- Jika terjadi salah penulisan, jangan dihapus tetapi dicoret dan bubuhkan tanda tangan Pemegang Polis di sebelahnya sesuai dengan kartu identitas diri yang dilampirkan
- Untuk mempercepat proses pengajuan, harap melengkapi seluruh persyaratan.
- Jangan menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong.

FORMULIR PENGALIHAN PREMI SPAJ/POLIS

Saya, yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Pemegang SPAJ/Polis* :

Nomor SPAJ/Polis* :

Jumlah Premi yang dialihkan : Rp.....

Tanggal pembayaran :/...../..... (tgl/bln/thn) *Mohon melampirkan fotokopi bukti pembayaran

Setuju untuk mengajukan permohonan agar pembayaran Premi SPAJ/Polis saya tersebut di atas dialihkan ke :

Nomor SPAJ/POLIS* :

Nama Pemegang Polis/SPAJ* :

Hubungan Pemegang Polis Dengan Pemegang Polis Yang Dialihkan :

**coret yang tidak perlu*

Dengan alasan pengalihan Premi (wajib diisi) :

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, memahami, dan menyetujui seluruh ketentuan Pengalihan Premi SPAJ/POLIS yang tertera di formulir pengajuan ini.

Tanggal pengajuan :/...../..... (tgl/bln/thn)

Tanda Tangan Pemegang Polis
Yang mengalihkan

Tanda Tangan Pemegang Polis
Yang Dialihkan

Tanda Tangan Agen / RM

Materai 10.000

(.....)
Nama Jelas

(.....)
Nama Jelas

(.....)
Nama Jelas

Definisi :

Pengalihan Premi adalah pengalihan atas pembayaran Premi suatu SPAJ/Polis yang sebelumnya telah diterima oleh PT.Asuransi Jiwa Generali Indonesia ke SPAJ/Polis lain , yang disebabkan oleh SPAJ/Polis sebelumnya batal /surrender, atau karena sebab lainnya.

PERSYARATAN DAN KETENTUAN PENGALIHAN PREMI

Persyaratan /Dokumen Yang Harus Diserahkan Kekantor Pusat :

1. Formulir Pengalihan Premi SPAJ/Polis
2. Fotokopi kartu Identitas Diri (ID) Pemegang Polis yang masih berlaku

Ketentuan : Pengajuan pengalihan premi yang telah diterima tidak dapat ditarik kembali.

Diisi oleh kantor pusat

Diproses oleh :

Tanggal :/...../.....