

**Pilihan Produk**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mandiri Inhealth Hospital Cash Plan  | <input type="checkbox"/> Indonesia Travel Covid Insurance |
| <input type="checkbox"/> Mandiri Inhealth Accident Protection | <input type="checkbox"/> Mandiri Inhealth MyCare Ultimate |
| <input type="checkbox"/> Mandiri Inhealth Life Protection     | <input type="checkbox"/> MIFG My Managed Care             |

## FORMULIR PEMBATALAN POLIS

Pembatalan Polis dalam Masa Pemahaman Isi Polis (*Cooling Off Period*)

Pembatalan Polis (*Surrender*)

- Pemegang Polis dan/atau Tertanggung wajib memberikan data dan informasi yang dibutuhkan dalam permintaan asuransi dengan benar dan lengkap sesuai dengan keadaan sebenarnya.
- Formulir ini wajib diisi oleh Pemegang Polis dan/atau Tertanggung menggunakan tinta hitam, dengan huruf kapital, dan tandai (x) dalam kotak jawaban yang sesuai, dan Pemegang Polis dan/atau Tertanggung mohon untuk menandatangani setiap koreksi penulisan/pengisian dalam bentuk coretan sesuai dengan identitas yang masih berlaku yang dilampirkan.
- Pemegang Polis dan/atau Tertanggung tidak dibenarkan untuk menandatangani jika formulir ini dalam keadaan kosong.

### DATA PEMEGANG POLIS

Nomor Polis

Nama Pemegang Polis\*

Jenis Identitas  KTP  Paspor Masa Berlaku (tgl-bl-n-thn)  -  -  /  Seumur Hidup

Nomor Identitas

Dengan ini Saya/Kami mengajukan Pembatalan Polis dengan nomor Polis tersebut diatas, dengan alasan (wajib diisi):

Produk tidak sesuai dengan penjelasan Agen Asuransi  Tidak disetujui oleh keluarga  Lainnya, jelaskan: \_\_\_\_\_

Tidak puas dengan pelayanan Agen Asuransi, jelaskan: \_\_\_\_\_  Tidak puas dengan pelayanan Penanggung, jelaskan: \_\_\_\_\_

\*Wajib melampirkan salinan identitas (KTP)

### DATA REKENING PEMEGANG POLIS

Pengembalian Premi atas Pembatalan Polis di atas:

- Akan ditransfer ke rekening sebagaimana tercantum dalam SPAJ (Surat Permintaan Asuransi Jiwa)
- Akan ditransfer ke rekening berikut\*

Nama Bank\*\*

Nomor Rekening

Nama Pemilik Rekening

\* Hanya dapat ditujukan ke rekening Pemegang Polis \*\* Wajib melampirkan salinan buku rekening Catatan: Pengembalian Premi hanya dilakukan untuk Pembatalan Polis dalam masa pemahaman isi polis (*Cooling Off Period*)

### KETENTUAN

- Formulir ini hanya dapat digunakan untuk satu (1) nomor Polis.
- Apabila dokumen yang diterima tidak lengkap dan benar, maka permohonan akan diproses saat kelengkapan dokumen terakhir diterima sesuai batas waktu yang ditetapkan.
- Dokumen yang telah diisi lengkap dan benar harus sudah diterima PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia ("Penanggung") melalui Mandiri Inhealth Contact Center di alamat email [customerservice@mandiriinhealth.co.id](mailto:customerservice@mandiriinhealth.co.id) atau Kantor Operasional Penanggung paling lambat pukul 14.00 WIB untuk diproses pada hari yang sama.
- Untuk mengetahui informasi status pengajuan dapat menghubungi Penanggung melalui email [customerservice@mandiriinhealth.co.id](mailto:customerservice@mandiriinhealth.co.id)
- Formulir ini berlaku selama 14 hari kalender dihitung sejak ditandatangani oleh Pemegang Polis sampai diterima oleh Penanggung. Apabila dokumen diterima melebihi 14 hari kalender, maka formulir ini tidak dapat diproses.
- Pengembalian Premi yang dibayarkan akan dikurangi dengan biaya-biaya yang timbul sehubungan dengan penerbitan Polis sebesar Rp65.000,- dan juga biaya pemeriksaan kesehatan (jika ada).

### PERNYATAAN DAN KUASA PEMEGANG POLIS DAN TERTANGGUNG

Saya/Kami dengan ini menyatakan, memahami, dan menyetujui bahwa:

- Seluruh ketentuan dalam Polis dan Formulir ini serta biaya dan/atau pajak yang timbul terkait pengajuan transaksi pada formulir ini.
- Semua Informasi dari kelengkapannya yang tertera dan terkait dengan pengajuan transaksi pada Formulir ini adalah lengkap dan benar. Apabila ditemukan kekeliruan atau terdapat penipuan dalam informasi pada Formulir ini, maka Saya bersedia bertanggung jawab secara hukum dan membebaskan Penanggung beserta afliasinya dari segala tuntutan dari pihak manapun dan Penanggung berhak menolak pengajuan transaksi pada Formulir ini.
- Penanggung tidak bertanggung jawab atas keterlambatan penerimaan pengembalian premi oleh Pemegang Polis atau penerimaan pengembalian premi oleh orang/yang tidak berhak, akibat kesalahan atau ketidakjelasan informasi/instruksi yang diberikan oleh Pemegang Polis dalam formulir ini.

Ditandatangani di (Tempat, tgl-bl-n-thn) ,  -  -

Pemegang Polis

Nama Lengkap

Saksi (Agen Asuransi)

Nama Lengkap

Dokumen Pendukung Perubahan Polis  
bubuhkan (X) pada kotak sebelah kiri jika ada

Salinan KTP (WNI) dan Paspor (WNA)  
bagi Pemegang Polis dan Tertanggung

Salinan Kartu Keluarga