

Nomor Form :

HARAP DIISI /DILENGKAPI/DICORET BILA PERLU OLEH PELAPOR | JIKA PENGISIAN SALAH HARAP DICORET & DITANDATANGANI OLEH PELAPOR (TIDAK DIPERKENANKAN MENGGUNAKAN TIPE X)

Nama Pelapor : _____

Hubungan Pelapor dengan Pemegang Polis *) : Diri Sendiri/ Ahli Waris/ Lainnya _____

Nomor Polis **) : _____

Nama Pemegang Polis : _____

Nama Tertanggung : _____

Jenis Asuransi : _____

Nomor Telpn yang bisa dihubungi : _____

Nomor Handphone yang bisa dihubungi : _____

Waktu yang tepat untuk menghubungi : 08:30 sd. 11:00 11:00 sd. 14:00 14:00 sd. 17:00

Email Pelapor : _____

Riwayat Penyampaian Komplain : Belum pernah menghubungi Call Center Jiwasraya
 Sudah pernah menghubungi Call Center Jiwasraya pada tanggal _____

Jenis Komplain : Data Pada Polis Asuransi
 Proses Klaim Asuransi
 Proses Penarikan Dana/ Redempt
 Tagihan Premi
 Pelayanan Agen Asuransi/ Karyawan Jiwasraya ***)
 Lain-lain, sebutkan : _____

Uraian Kronologis Keluhan (mohon dijelaskan secara : :

Harapan Pemegang Polis :

Dokumen Pendukung :

*) Lengkapi dengan KTP & Kartu Keluarga |**) Lengkapi dengan Copy Polis/Bukti Pembayaran Premi | ***) Coret yang tidak perlu

.....20.....

TANDA TANGAN & NAMA PENERIMA

TANDA TANGAN & NAMA PELAPOR

Catatan (tanggal & tindakan penyelesaian komplain) :