



PT. ASURANSI JIWasRAYA (PERSERO)
Jl. Ir. H. Juanda No. 34 Jakarta 10120 – Indonesia
Fax. (021) 3862344, 34831670, Email : asuransi@jiwasraya.co.id

CALL 021 1500151

www.jiwasraya.co.id

SURAT KUASA PENDEBITAN KARTU KREDIT

- ✓ MOHON UNTUK DIISI DENGAN MENGGUNAKAN TINTA HITAM, HURUF KAPITAL DAN JELAS
- ✓ JIKA TERJADI SALAH PENULISAN SURAT KUASA INI, JANGAN DIHAPUS TETAPI DI CORET DAN DI KOREKSI DENGAN DIBUBUHKAN TANDA TANGAN OLEH PEMBERI KUASA
- ✓ KERAHASIAAN DATA NASABAH DIJAMIN OLEH PT. ASURANSI JIWasRAYA (PERSERO)
- ✓ PT ASURANSI JIWasRAYA (PERSERO) TERDAFTAR DAN DIAWASI OLEH OTORITAS JASA KEUANGAN

Persyaratan / Dokumen yang harus diserahkan :

1. Formulir surat kuasa pendebitan asli yang telah diisi lengkap dan jelas
2. Foto copy KTP Pemegang Polis dan Pemilik Kartu kredit
3. Foto copy Kartu Kredit Halaman Pertama

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama Lengkap :

No KTP/SIM/Paspor :

Nama Bank Penerbit Kartu Kredit:

KARTU KREDIT :/Exp Card :/.....

Penandatanganan surat kuasa pendebitan Kartu Kredit tersebut di atas untuk selanjutnya disebut sebagai "PEMBERI KUASA" adalah sebagai pemilik Kartu Kredit :

Nama Pemegang Kartu Kredit :

Nomor Tertera di Kartu Kredit :

Dengan ini Saya (**Pemilik Kartu Kredit**) memberikan kuasa kepada **PT. Asuransi Jiwasraya (Persero)** untuk melakukan pendebitan atas Kartu Kredit saya, sehubungan dengan pembayaran premi polis tersebut dibawah ini :

Nomor Polis :

 Hubungan :

Nama Pemegang Polis :

Alamat Pemegang Polis saat ini (Wajib diisi untuk Pengiriman Status Pembayaran)

Alamat Lengkap :

RT/RW : NO : KODE POS :

Kelurahan / Desa : Kecamatan :

Kota : Propinsi :

Telepon Rumah (termasuk Kode Wilayah) :

Handphone (wajib diisi untuk SMS notifikasi) :

Email (wajib diisi untuk Pengiriman Status Pembayaran) :

Media Korespondensi : SURAT * Dikenakan Biaya Ekspedisi EMAIL SMS

- *Biaya materai menjadi tanggung jawab pemilik rekening dan / atau pemegang polis sesuai dengan jumlah premi*
- *Apabila Polis yang Ingin didebet lebih dari 1 (satu) polis, agar dibuat dalam daftar tersendiri dan ditandatangani. Daftar merupakan lampiran yang tidak terpisahkan dari surat kuasa ini*

KHUSUS

Pemberi kuasa dengan ini menyatakan telah menyetujui surat kuasa ini dan memberikan kuasa penuh kepada **PT Asuransi Jiwasraya (Persero)** sebagaimana isi informasi dalam surat kuasa ini

Ditandatangani di :

 /

 /

 /

 /

Tanda Tangan Pemberi Kuasa

PT ASURANSI JIWasRAYA (PERSERO)
Sie. Evaluasi Penjualan dan Inkaso KanWil /
Sie. Oprs dan Penjualan KanCab

Ttd dan materai Rp 6000,-

Nama Lengkap

Nama Lengkap



PT. ASURANSI JIWASRAYA (PERSERO)
Jl. Ir. H. Juanda No. 34 Jakarta 10120 – Indonesia
Fax. (021) 3862344, 34831670, Email : asuransi@jiwasraya.co.id

CALL 021 1500151

www.jiwasraya.co.id

- ✓ MOHON UNTUK DIISI DENGAN MENGGUNAKAN TINTA HITAM, HURUF KAPITAL DAN JELAS
- ✓ JIKA TERJADI SALAH PENULISAN SURAT KUASA INI, JANGAN DIHAPUS TETAPI DI CORET DAN DI KOREKSI DENGAN DIBUBUHKAN TANDA TANGAN OLEH PEMBERI KUASA
- ✓ KERAHASIAAN DATA NASABAH DIJAMIN OLEH PT. ASURANSI JIWASRAYA (PERSERO)
- ✓ PT ASURANSI JIWASRAYA (PERSERO) TERDAFTAR DAN DIAWASI OLEH OTORITAS JASA KEUANGAN

DAFTAR LAMPIRAN

NO	NAMA PEMEGANG POLIS	NO POLIS	HUBUNGAN DENGAN PEMEGANG REKENING

Tanda Tangan Pemberi Kuasa

PT ASURANSI JIWASRAYA (PERSERO)
Sie. Evaluasi Penjualan dan Inkaso KanWil /
Sie. Oprs dan Penjualan KanCab

Nama Lengkap

Nama Lengkap