



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

**CALL 021 1500151**  
 www.jiwasraya.co.id

**SURAT KUASA PENDEBETAN KARTU KREDIT**

- ✓ MOHON UNTUK DIISI DENGAN MENUNAKAN 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  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)**  
 Agency Service Center / Customer Relationship Management

*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 : customer\_service@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)  
Agency Service Center / Customer Relationship  
Management

Nama Lengkap

Nama Lengkap