

Bismillaahirrahmaanirrahiim
Harap diisi dengan lengkap dan benar menggunakan huruf cetak

No. Seri :

Data Peserta

Yang bertanda tangan dibawah ini :

1. Nama : _____
2. Nomor Polis : _____

Dengan ini keberatan/ membatalkan kepesertaan pada program Asuransi Takafulink dengan alasan :

Untuk itu kami mohon agar Kontribusi yang telah dibayarkan dapat dikembalikan ke :

Transfer ke

Nama Bank : _____ Cabang _____

Alamat Bank : _____

Nb. Rekening : _____ Atas Nama _____

Lain-lain/ dialihkan untuk : _____

Pernyataan

Dengan ini saya menyatakan menerima pembayaran pembatalan ini berdasarkan perhitungan nilai unit setelah pembatalan polis ini disetujui oleh PT Asuransi Takaful Keluarga dan saya juga setuju bila pembatalan ini dikenakan biaya sesuai ketentuan produk.

_____/_____/_____

_____/_____/_____

Nama jelas peserta

Nama jelas agen penutup

Lembar 1 : Administrasi
Lembar 2 : Kantor Pemasaran
Lembar 3 : Peserta

PT. Asuransi Takaful Keluarga

Graha Takaful Indonesia Jl. Mampang Prapatan Raya No.100 Jakarta Selatan 12790 Indonesia
T. (021) 799 1234 | F. (021) 790 1435 Layanan Peserta: (021) 7919 0005 | 0807 100 3456 | 0811 820 6531 (SMS)

www.takaful.co.id     @takafulkeluarga