

Fasilitas Pembayaran premi asuransi PT.Great Eastern Life Indonesia dapat dilakukan melalui Kartu Kredit Visa/Master dengan cara mengisi Surat Kuasa dibawah ini. Untuk Informasi selanjutnya silakan menghubungi Customer Contact Centre di +62 21 2554 3800 atau WhatsApp ke +62 811 956 3800 atau melalui email : wecare-id@greatasteasternlife.com

Surat Kuasa Pendebetan Kartu Kredit

Saya yang bertanda tangan dibawah ini selaku Pemberi Kuasa;

Nama	:																																
Nomor Identitas Diri	:																																
Nama <i>(sesuai tercetak pada kartu kredit)</i>	:																																
Nomor Kartu Kredit Visa/Master	:																																
Bank Penerbit Kartu Kredit	:																																
Berlaku hingga tanggal <i>(dd/mm/yyyy)</i>	:																																
Alamat Penagihan Kartu	:																																
Nomor Telepon	:	Rumah	:											-																			
	:	Kantor	:											-																			
	:	Selular (HP)	:											-																			
Pendebetan berlaku untuk	:											<input type="radio"/>											<input type="radio"/>										
<i>(Pendebetan berlaku minimum 3 tahun)</i>																																	

Memberi kuasa kepada PT. Great Eastern Life Indonesia untuk melakukan pendebetan Kartu Kredit Visa/Master Saya untuk pembayaran premi Asuransi dan kelebihan biaya pelayanan kesehatan di luar manfaat asuransi (untuk produk asuransi kesehatan), atas nama :

Nama Tertanggung	:																																	
Nama Pemegang Polis	:																																	
Nomor SPAJ/Polis**	:																																	
Mulai Berlakunya Polis** <i>(dd/mm/yyyy)</i>	:																																	
Masa Pembayaran Premi**	:											tahun, sejak											s/d											<i>(dd/mm/yyyy)</i>
Sejumlah Premi**	:											US\$/Rp.											(Bulanan / Triwulanan / Semesteran / Tahunan)											

Dengan menandatangani surat kuasa ini saya menyadari sepenuhnya bahwa :

1. Apabila pembayaran premi dalam US\$ maka nilai US\$ akan dikonversikan ke dalam nilai Rupiah sesuai dengan nilai tukar yang berlaku pada saat pendebetan Kartu Kredit Saya.
2. Polis Saya akan batal jika pendebetan ditolak oleh penerbit Kartu Kredit dan premi belum dilunasi lebih dari 45 sejak jatuh tempo Polis.
3. Pembayaran premi asuransi lanjutan dengan mendebet Kartu Kredit ini akan dilakukan pada setiap tanggal jatuh tempo atau sebelum tanggal jatuh tempo atas dasar instruksi dari Pemegang Kartu dan/atau Pemohon/Pemegang Polis.
4. Pembatalan yang dilakukan atas instruksi Pemegang Kartu dan/atau Pemohon/Pemegang Polis harus disampaikan kepada PT Great Eastern Life Indonesia selambat lambatanya 7 hari setelah tanggal otorisasi dijalankan dengan biaya administrasi yg berlaku saat itu menjadi beban Pemegang Kartu dan/atau Pemohon/Pemegang Polis.
5. Untuk Pengembalian premi akan dikembalikan ke kartu kredit nasabah yang didebit , jika kartu kredit telah ditutup maka akan dikembalikan ke rekening nasabah dengan dikurangi biaya administrasi yang berlaku saat itu.
6. Apabila terjadi perubahan jumlah premi yang harus dibayar yang disebabkan oleh perubahan yang dikehendaki dan disetujui oleh Pemegang Polis, maka tanpa pemberitahuan kembali baik secara tertulis atau melalui telepon, dengan ini Saya memberi kuasa kepada PT Great Eastern Life Indonesia untuk mendebet sejumlah premi yang harus dibayar sesuai dengan jumlah yang tercantum dalam tabel ketentuan Polis atau surat tagihan premi lanjutan Saya.
7. Jika masa berlaku Kartu Kredit telah habis, dan Kartu Kredit diperpanjang secara otomatis oleh pihak penerbit Kartu Kredit, maka Saya akan memberitahukan Tanggal berlaku Kartu Kredit yang baru melalui telepon, atau mengirim fax copy kartu kredit yang baru.

Surat kuasa ini berlaku sejak tanggal ____ / ____ / ____ sampai ada pernyataan pembatalan secara tertulis dari Saya selaku Pemberi Kuasa.

Materai
Rp. 10.000,-

Tanggal

Nama Jelas

Tanda Tangan

*) pilih salah satu dengan tanda √ pada lingkaran yang tersedia
**) untuk Pemohon baru diisi oleh PT Great Eastern Life Indonesia

CHECK LIST

Diisi oleh perwakilan PT. Great Eastern Life Indonesia

Nama Tenaga Pemasar : _____
No. Tenaga Pemasar : _____

- | | Ada | Tidak Ada |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. Photocopy Kartu Kredit
<i>(berlaku min. 1 tahun ke depan sejak tanggal transaksi ini)</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Photocopy Identitas Pemegang Kartu Kredit | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Tandatangan di atas telah diverifikasi oleh
Marketing Support/ Premium Collection/ Customer Service
<i>(mana yang lebih dahulu memverifikasi)</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Tanggal

Nama Jelas

Tanda Tangan