

FORMULIR KELUHAN NASABAH

Kepada : Customer Care Center Ciputra Life

Nama Lengkap : _____

Alamat : _____

Nomor telepon/Handphone : _____ Email : _____

Nomor Polis/Sertifikat : _____

Pernah menghubungi Customer Care : Ya, tanggal : ___/___/___ (tgl/bln/thn) Tidak

Jenis Keluhan Nasabah : _____

A. Kronologis Permasalahan :

(mohon dijelaskan secara rinci, termasuk informasi proses, tempat, tanggal dan waktu permasalahan & Tuntutan)

B. Bukti-Bukti Pendukung :

- a. _____
- b. _____
- c. _____

Konfirmasi :

Saya, Pemegang Polis / Tertanggung menyatakan bahwa seluruh informasi di atas adalah benar dan menyetujui prosedur dan ketentuan yang ditetapkan PT. Asuransi Ciputra Indonesia untuk menyelesaikan keluhan tersebut.

Tanda Tangan & Nama Jelas

Tanggal

Prosedur Keluhan :

1. Pengisian Form Keluhan harus dilakukan secara langsung oleh Pemegang Polis atau Tertanggung.
2. Mohon lengkapi dengan fotocopy kartu identitas
3. Apabila tempat yang disediakan tidak mencukupi, dapat menggunakan lembaran/kertas terpisah.
4. Formulir mohon dikirimkan ke Layanan Nasabah PT Asuransi Ciputra Indonesia, DBS Bank Tower Lt. 14, Jl. Prof. Dr.Satrio Kav. 3-5, Jakarta 12940, Indonesia Email: nasabah@ciputralife.com