

FORMULIR KONFIRMASI PERNYATAAN PEMEGANG POLIS SEHUBUNGAN JAMINAN POLIS TETAP BERLAKU

Saya sebagai Pemegang Polis yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : _____
Nomor Polis : _____

Menyatakan bahwa:

- I. Menyetujui menambahkan pertanggungan tambahan Medical Benefit X pada polis ini.
- II. Memahami dan menyetujui dengan adanya penambahan Medical Benefit X pada polis ini, maka akan mengubah ketentuan Jaminan Polis Tetap Berlaku yang ada pada Syarat-syarat Umum Polis ini menjadi ketentuan Jaminan Polis Tetap Berlaku (No Lapse Guarantee) sebagai berikut:

Penanggung akan memberikan fasilitas Jaminan Polis Tetap Berlaku (No Lapse Guarantee) selama 10 (sepuluh) tahun sejak Tanggal yang sama dengan Tanggal Berlakunya Pertanggungan Tambahan Medical Benefit X, sepanjang memenuhi seluruh ketentuan sebagai berikut:

1. Premi Asuransi Berkala dan Premi Top Up Berkala selalu dibayar dan sudah harus diterima oleh Penanggung paling lambat sebelum Masa Leluasa berakhir atau terjadi pemotongan jumlah unit otomatis untuk pembayaran Premi Asuransi Berkala yang jatuh tempo dalam masa 2 (dua) tahun sejak Tanggal Mulai Pertanggungan
 2. Polis tidak pernah terjadi penurunan Premi Asuransi Berkala atau penurunan/penghapusan Premi Top Up Berkala
 3. Pemegang Polis tidak pernah melakukan Penarikan Sebagian Nilai Investasi (Withdrawal)
 4. Polis tidak pernah dalam keadaan cuti premi
 5. Polis tidak pernah mengalami Pemulihan Polis
- III. Memahami dan menyetujui fasilitas dan ketentuan Jaminan Polis Tetap Berlaku (No Lapse Guarantee) tersebut diatas akan tetap berlaku walaupun pertanggungan tambahan Medical Benefit X sudah tidak melekat pada polis ini.

Ditandatangani di	Pemegang Polis	Agen
_____ Tanggal ____/____/____	_____	_____
Lampirkan fotokopi identitas diri	Tanda Tangan & Nama Jelas	Tanda Tangan & Nama Jelas

Catatan: formulir ini berlaku untuk 1 nomor polis