PaninDai-ichiLife Syariah

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 asuransi 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:

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

1. Kontribusi Asuransi Berkala dan Kontribusi Top Up Berkala selalu dibayar dan sudah harus diterima oleh Pengelola paling lambat sebelum Masa Leluasa berakhir atau terjadi pemotongan jumlah unit otomatis untuk pembayaran Kontribusi Asuransi Berkala yang jatuh tempo dalam masa 2 (dua) tahun sejak Tanggal Mulai Asuransi.
2. Polis tidak pernah terjadi penurunan Kontribusi Asuransi Berkala atau penurunan/penghapusan Kontribusi Top Up Berkala
3. Pemegang Polis tidak pernah melakukan Penarikan Sebagian Nilai Investasi (Withdrawal)
4. Polis tidak pernah dalam keadaan cuti kontribusi
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 asuransi tambahan Medical Benefit X sudah tidak melekat pada polis ini.

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

Catatan: formulir ini berlaku untuk 1 nomor polis