

FORMULIR PERUBAHAN UANG PERTANGGUNGAN/PREMI & RIDER

1. Wajib mengisi Form Pernyataan Kesehatan jika ada kenaikan Uang Pertanggungan atau Penambahan Asuransi Tambahan (Rider)

2. Kenaikan Uang Pertanggungan dan Penambahan Asuransi Tambahan mengacu kepada persyaratan Underwriting

8. Biaya Perubahan Polis sebesar Rp. 30.000 kecuali menggunakan email

Nama Pemegang Polis Alamat	: :									
	:									
	Kelurahan :			Kecamat	tan	:		RT	/RW :	/
	Kota :			Kode Po	S	:				
	E-Mail :					HP :				
No. Telp.	Rumah :	_		Kantor		:	_			
				/						
	CETAK DAN DILENGKA AH UANG PERTANGGUN		IAN MEMBERITA	NDA √ PA	ADA K	ОТАК ҮА	NG TER	SEDIA		
Dengan ini saya / kami r	mengajukan permohona	an perub	ahan Uang Pertan	nggungan :	:					
Penambahan Uan	ng Pertanggungan	Penu	urunan Uang Perta	anggungar	n					
Jang Pertanggungan b										
Premi Dasar Berkala	:									
Гор Up Berkala	:									
	ASURANSI TAMBAHAN									
_	mengajukan permohona		ahan Asuransi Tan	nbahan (Ri	ider) u	ntuk :				
Penambahan Asu	ransi Tambahan (Rider)*		Penurunan Ası	uransi Tam	bahan	(Rider)*				
) untuk jenis Asuransi Tambo								AN (RIDER) dihawah ini		
	ahan (Rider) yang akan ditam	юапкап ат	au dikurangkan, moh	non diisi pada	a DATA A	ASURANSI	IAMBAHA	AN (MIDEN) GIOGWAITHII.		
DATA ASURANSI TAMB		ibankan at	tau dikurangkan, moh	non diisi pada	a DATA A	ASURANSI	IAMBAHA	niv (niben) albawan ini.		
Pilih tanda "V" untuk jen	BAHAN (RIDER) nis Asuransi Tambahan (R	Rider) yar	ng akan ditambah	kan atau P	Pilih Tar	nda "X" u	ntuk As	uransi Tambahan (Rider		_
Pilih tanda "V" untuk jen	BAHAN (RIDER) nis Asuransi Tambahan (R	Rider) yar		kan atau P	Pilih Tar		ntuk As) yang al S/D USIA	_
Pilih tanda "V" untuk jen	BAHAN (RIDER) nis Asuransi Tambahan (R JENIS ASURANSI	Rider) yar S/D	ng akan ditambah UANG PERTANGGU	kan atau P	Pilih Tar	nda "X" u	ntuk As	uransi Tambahan (Rider JENIS ASURANSI	S/D USIA	UANG PERTANGGUNG
Pilih tanda "V" untuk jen	BAHAN (RIDER) nis Asuransi Tambahan (R JENIS ASURANSI TAMBAHAN (RIDER)	Rider) yar S/D USIA 65 Thn	ng akan ditambah UANG PERTANGGU	kan atau P	Pilih Tar	nda "X" u	ntuk As	uransi Tambahan (Rider JENIS ASURANSI TAMBAHAN (RIDER) Payor of Premium - CI	S/D USIA	UANG PERTANGGUNG
Pilih tanda "V" untuk jen	BAHAN (RIDER) nis Asuransi Tambahan (R JENIS ASURANSI TAMBAHAN (RIDER) ADB ADDB	S/D USIA 65 Thn	ng akan ditambah UANG PERTANGGU	kan atau P	Pilih Tar	nda "X" u	ntuk As	uransi Tambahan (Rider JENIS ASURANSI TAMBAHAN (RIDER) Payor of Premium - CI Payor of Premium - TPD Payor of Premium -	S/D USIA 65 Thn	UANG PERTANGGUNG
Pilih tanda "V" untuk jen	BAHAN (RIDER) nis Asuransi Tambahan (R JENIS ASURANSI TAMBAHAN (RIDER) ADB ADDB AHCP	S/D USIA 65 Thn 65 Thn	ng akan ditambah UANG PERTANGGU	kan atau P	Pilih Tar	nda "X" u	ntuk As	uransi Tambahan (Rider JENIS ASURANSI TAMBAHAN (RIDER) Payor of Premium - CI Payor of Premium - TPD Payor of Premium - Death	S/D USIA 65 Thn 65 Thn	UANG PERTANGGUNG
Pilih tanda "V" untuk jen	BAHAN (RIDER) nis Asuransi Tambahan (R JENIS ASURANSI TAMBAHAN (RIDER) ADB ADDB	S/D USIA 65 Thn	ng akan ditambah UANG PERTANGGU	kan atau P	Pilih Tar	nda "X" u	ntuk As	uransi Tambahan (Rider JENIS ASURANSI TAMBAHAN (RIDER) Payor of Premium - CI Payor of Premium - TPD Payor of Premium -	S/D USIA 65 Thn	UANG PERTANGGUNG
-	BAHAN (RIDER) nis Asuransi Tambahan (R JENIS ASURANSI TAMBAHAN (RIDER) ADB ADDB AHCP	S/D USIA 65 Thn 65 Thn	ng akan ditambah UANG PERTANGGU	kan atau P	Pilih Tar	nda "X" u	ntuk As	uransi Tambahan (Rider JENIS ASURANSI TAMBAHAN (RIDER) Payor of Premium - CI Payor of Premium - TPD Payor of Premium - Death	S/D USIA 65 Thn 65 Thn	UANG PERTANGGUNG
Pilih tanda "V" untuk jen	BAHAN (RIDER) nis Asuransi Tambahan (R JENIS ASURANSI TAMBAHAN (RIDER) ADB ADDB AHCP HCP	Sider) yar S/D USIA 65 Thn 65 Thn 65 Thn	ng akan ditambah UANG PERTANGGU	kan atau P	Pilih Tar	nda "X" u	ntuk As	uransi Tambahan (Rider JENIS ASURANSI TAMBAHAN (RIDER) Payor of Premium - CI Payor of Premium - TPD Payor of Premium - Death Spouse Payor - CI	S/D USIA 65 Thn 65 Thn 65 Thn 65 Thn	UANG PERTANGGUNG
Pilih tanda "V" untuk jen	BAHAN (RIDER) nis Asuransi Tambahan (R JENIS ASURANSI TAMBAHAN (RIDER) ADB ADDB AHCP HCP CI TPD	Sider) yar S/D USIA 65 Thn 65 Thn 65 Thn 65 Thn 65 Thn	ng akan ditambah UANG PERTANGGU	kan atau P	Pilih Tar	nda "X" u	ntuk As	uransi Tambahan (Rider JENIS ASURANSI TAMBAHAN (RIDER) Payor of Premium - CI Payor of Premium - TPD Payor of Premium - Death Spouse Payor - CI Spouse Payor - TPD Spouse Payor - Death	S/D USIA 65 Thn 65 Thn 65 Thn 65 Thn 65 Thn 65 Thn	UANG PERTANGGUNG
Pilih tanda "V" untuk jen	BAHAN (RIDER) nis Asuransi Tambahan (R JENIS ASURANSI TAMBAHAN (RIDER) ADB ADDB AHCP HCP CI TPD Term Rider	S/D USIA 65 Thn 65 Thn 65 Thn 65 Thn 65 Thn 65 Thn	ng akan ditambah UANG PERTANGGU	kan atau P	Pilih Tar	nda "X" u	ntuk As	uransi Tambahan (Rider JENIS ASURANSI TAMBAHAN (RIDER) Payor of Premium - CI Payor of Premium - TPD Payor of Premium - Death Spouse Payor - CI Spouse Payor - TPD Spouse Payor - Death HHP	S/D USIA 65 Thn 65 Thn 65 Thn 65 Thn 65 Thn 65 Thn 75 Thn	UANG PERTANGGUNG
Pilih tanda "V" untuk jen	BAHAN (RIDER) nis Asuransi Tambahan (R JENIS ASURANSI TAMBAHAN (RIDER) ADB ADDB AHCP HCP CI TPD	Sider) yar S/D USIA 65 Thn 65 Thn 65 Thn 65 Thn 65 Thn 65 Thn	ng akan ditambah UANG PERTANGGU	kan atau P	Pilih Tar	nda "X" u	ntuk As	uransi Tambahan (Rider JENIS ASURANSI TAMBAHAN (RIDER) Payor of Premium - CI Payor of Premium - TPD Payor of Premium - Death Spouse Payor - CI Spouse Payor - TPD Spouse Payor - Death	S/D USIA 65 Thn 65 Thn 65 Thn 65 Thn 65 Thn 65 Thn	UANG PERTANGGUNG



DATA PRIBADI TERTANGGUNG DIBAWAH INI WAJIB DI ISI OLEH MASING-MASING TERTANGGUNG APABILA PERMOHONAN YANG DIAJUKAN ADALAH PENAMBAHAN ASURANSI TAMBAHAN (RIDER)

DATA PRIBADI CALON TERTANGGU	NG UTAMA			
Nama Lengkap (sesuai KTP/SIM/Passport)				
Alamat Penagihan/Korespondensi				
, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,				
Kelurahar		Kecamatan	Telp Rumah Hand Phone	
Kota		Kode Pos	Email	
			Kewarganegaraan	
2 1 1 1 1				
Jenis Kelamin	: Laki-laki	Perempuan	. 1.4.	
4. Status	: Menikah		in-lain	
5. Jenis Identitas	: KTP	Paspor Nomor Iden		
	SIM	Akte Kelahiran Nomor NPW		
	Lainnya	Tempat Lahi Tanggal Lah		 Tahun
C Delegiero Dides e Heche		Tanggai Lan	ir : Umur : Umur :	iaiiuii
Pekerjaan/Bidang Usaha Alamat Perusahaan	:			
	<u>:</u>			
8. Nama Perusahaan	:			
9. Jabatan	:			
10. Uraian Pekerjaan	:			
 Hubungan Calon Tertanggung den Sebutkan alasan mengasuransika 		Polis : Suami/Istri Ar	nak Orang tua *) Saudara Kandung *) Lainnya	
, ,	·	·		
DATA PRIBADI CALON TERTANGGU	NG IAMBAHAN I			
Nama Lengkap (sesuai KTP/SIM/Passport)				
Alamat Penagihan/Korespondensi	:			
Kelurahar		Kecamatan	Telp Rumah	
Kelulahan Kota		Kode Pos	Hand Phone	
Note			Email	
			Kewarganegaraan	
3. Jenis Kelamin	: Laki-laki	Perempuan		
4. Status	: Menikah		in-lain	
5. Jenis Identitas	: KTP	Paspor Nomor Iden		
5. Jenis identitas	SIM	Akte Kelahiran Nomor NPW		
	Lainnya	Tempat Lahi		
		Tanggal Lah		 Tahun
6. Pekerjaan/Bidang Usaha	:			
7. Alamat Perusahaan	:			
8. Nama Perusahaan	:			
9. Jabatan	:			
10. Uraian Pekerjaan				
11. Hubungan Calon Tertanggung den	:	Polis : Suami/Istri Ar	nak Orang tua *) Saudara Kandung *) Lainnya	
*) Sebutkan alasan mengasuransika		: Suditification of the suditification of th	orang taa	
DATA PRIBADI CALON TERTANGGU	NG TAMBAHAN II			
	NG TAMBAHAN II			
 Nama Lengkap (sesuai KTP/SIM/Passport) 				
2. Alamat Penagihan/Korespondensi	:			
Kelurahar		Kecamatan	Telp Rumah	
Kota		Kode Pos	Hand Phone	
			Email	
			Kewarganegaraan	
3. Jenis Kelamin	: Laki-laki	Perempuan		
4. Status	: Menikah		in-lain	
5. Jenis Identitas	: KTP	Paspor Nomor Iden	titas :	
	SIM	Akte Kelahiran Nomor NPW		
	Lainnya	Tempat Lahi		
		Tanggal Lah		Tahun
6. Pekerjaan/Bidang Usaha	:			
7. Alamat Perusahaan	:			
8. Nama Perusahaan	:			
9. Jabatan	·			
10. Uraian Pekerjaan	<u>:</u> :			
TO THAIRD PRECIONS				
		Polis · Suami/Istri Ar	ak Orang tua *) Saudara Kandung *) Lainnya	
Uralah Pekerjaan Hubungan Calon Tertanggung den *) Sebutkan alasan mengasuransika	gan Calon Pemegang	Polis : Suami/Istri Ar	nak Orang tua *) Saudara Kandung *) Lainnya	



	GUNG TAMBAHAN III
Nama Lengkap (sesuai KTP/SIM/Passport)	
Alamat Penagihan/Koresponden	nsi :
Kelurah	
Kota	Kode Pos Hand Phone
	Email
	Kewarganegaraan
3. Jenis Kelamin	: Laki-laki Perempuan
4. Status	: Menikah Belum Menikah Lain-lain
5. Jenis Identitas	: KTP Paspor Nomor Identitas : State
	SIM Akte Kelahiran Nomor NPWP :
	Lainnya Tempat Lahir :
C. Delevier (Didentification	Tanggal Lahir : Umur : Tahun
Pekerjaan/Bidang Usaha Alamat Perusahaan	<u>:</u>
8. Nama Perusahaan	:
9. Jabatan	·
10. Uraian Pekerjaan	:
11. Hubungan Calon Tertanggung d	
*) Sebutkan alasan mengasurans	
DATA PRIBADI CALON TERTANGO	GUNG TAMBAHAN IV
Nama Lengkap	
(sesuai KTP/SIM/Passport)	
Alamat Penagihan/Koresponden	ısi :
Kelurah	
Kota	Kode Pos Hand Phone
	Email Kewarganegaraan
3. Jenis Kelamin	: Laki-laki Perempuan
4. Status	: Menikah Belum Menikah Lain-lain
5. Jenis Identitas	: KTP Paspor NomorIdentitas :
	SIM Akte Kelahiran Nomor NPWP :
	Lainnya Tempat Lahir :
	Tanggal Lahir : Umur : Tahun
6. Pekerjaan/Bidang Usaha	:
7. Alamat Perusahaan	:
8. Nama Perusahaan	<u> </u>
9. Jabatan	<u> </u>
10. Uraian Pekerjaan	:
 Hubungan Calon Tertanggung d Sebutkan alasan mengasurans 	
. 3	
FCBMIAIAAM HAMAIIA	
PERNYATAAN DAN KUASA 1 Sava/Kami menyatakan dengan se	shenarnya hahwa semua nemyataan dan jawahan di atas herikut nemyataan dan jawahan dalam setian nemeriksaan kesehatan serta formulir
Saya/Kami menyatakan dengan se tambahan yang diperlukan atau p	ebenarnya bahwa semua pernyataan dan jawaban di atas berikut pernyataan dan jawaban dalam setiap pemeriksaan kesehatan serta formulir perubahannya, adalah lengkap dan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya. Saya menyetujui bahwa apabila pernyataan dan jawaban di atas
Saya/Kami menyatakan dengan se tambahan yang diperlukan atau p tidak benar, maka penanggung be	
Saya/Kami menyatakan dengan se tambahan yang diperlukan atau p tidak benar, maka penanggung be ganti rugi apapun. Saya/Kami menyetujui bahwa sem	perubahannya, adalah lengkap dan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya. Saya menyetujui bahwa apabila pernyataan dan jawaban di atas erhak untuk membatalkan kontrak asuransi jiwa ini sejak awal, dan tidak wajib mengembalikan premi, membayar klaim manfaat asuransi serta nua keterangan yang diberikan dalam Pernyataan Kesehatan, dan dalam setiap pemeriksaan kesehatan serta formulir tambahan yang diperlukan
Saya/Kami menyatakan dengan se tambahan yang diperlukan atau p tidak benar, maka penanggung be ganti rugi apapun. Saya/Kami menyetujui bahwa sem atau perubahan-perubahannya be	perubahannya, adalah lengkap dan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya. Saya menyetujui bahwa apabila pernyataan dan jawaban di atas erhak untuk membatalkan kontrak asuransi jiwa ini sejak awal, dan tidak wajib mengembalikan premi, membayar klaim manfaat asuransi serta nua keterangan yang diberikan dalam Pernyataan Kesehatan, dan dalam setiap pemeriksaan kesehatan serta formulir tambahan yang diperlukan ersama Polis yang bersangkutan, merupakan bagian dari kontrak asuransi jiwa secara keseluruhan sepanjang hal itu berhubungan dengan Polis.
Saya/Kami menyatakan dengan se tambahan yang diperlukan atau p tidak benar, maka penanggung be ganti rugi apapun. Saya/Kami menyetujui bahwa sem atau perubahan-perubahannya be Saya/Kami memberikan kuasa kep instansi/lembaga atau lain yang m	perubahannya, adalah lengkap dan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya. Saya menyetujui bahwa apabila pernyataan dan jawaban di atas erhak untuk membatalkan kontrak asuransi jiwa ini sejak awal, dan tidak wajib mengembalikan premi, membayar klaim manfaat asuransi serta nua keterangan yang diberikan dalam Pernyataan Kesehatan, dan dalam setiap pemeriksaan kesehatan serta formulir tambahan yang diperlukan ersama Polis yang bersangkutan, merupakan bagian dari kontrak asuransi jiwa secara keseluruhan sepanjang hal itu berhubungan dengan Polis. pada setiap Dokter/Rumah Sakit/Klinik/Puskesmas/Laboratorium, perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi, badan, hempunyai catatan riwayat kesehatan saya, untuk mengungkapkan kepada Penanggung semua keterangan tentang catatan riwayat kesehatan
Saya/Kami menyatakan dengan se tambahan yang diperlukan atau p tidak benar, maka penanggung be ganti rugi apapun. Saya/Kami menyetujui bahwa sem atau perubahan-perubahannya be Saya/Kami memberikan kuasa kepinstansi/lembaga atau lain yang m saya. Salinan/fotokopi dari kuasa ir	perubahannya, adalah lengkap dan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya. Saya menyetujui bahwa apabila pernyataan dan jawaban di atas erhak untuk membatalkan kontrak asuransi jiwa ini sejak awal, dan tidak wajib mengembalikan premi, membayar klaim manfaat asuransi serta nua keterangan yang diberikan dalam Pernyataan Kesehatan, dan dalam setiap pemeriksaan kesehatan serta formulir tambahan yang diperlukan ersama Polis yang bersangkutan, merupakan bagian dari kontrak asuransi jiwa secara keseluruhan sepanjang hal itu berhubungan dengan Polis. pada setiap Dokter/Rumah Sakit/Klinik/Puskesmas/Laboratorium, perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi, badan, nempunyai catatan riwayat kesehatan saya, untuk mengungkapkan kepada Penanggung semua keterangan tentang catatan riwayat kesehatan ni sama sah berlakunya seperti dokumen aslinya.
Saya/Kami menyatakan dengan se tambahan yang diperlukan atau p tidak benar, maka penanggung be ganti rugi apapun. Saya/Kami menyetujui bahwa sem atau perubahan-perubahannya be Saya/Kami memberikan kuasa kerinstansi/lembaga atau lain yang m saya. Salinan/fotokopi dari kuasa ir Untuk Penambahan Asuransi Tama. apabila telah disetujui oleh Pe	perubahannya, adalah lengkap dan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya. Saya menyetujui bahwa apabila pernyataan dan jawaban di atas perhak untuk membatalkan kontrak asuransi jiwa ini sejak awal, dan tidak wajib mengembalikan premi, membayar klaim manfaat asuransi serta unua keterangan yang diberikan dalam Pernyataan Kesehatan, dan dalam setiap pemeriksaan kesehatan serta formulir tambahan yang diperlukan ersama Polis yang bersangkutan, merupakan bagian dari kontrak asuransi jiwa secara keseluruhan sepanjang hal itu berhubungan dengan Polis. pada setiap Dokter/Rumah Sakit/Klinik/Puskesmas/Laboratorium, perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi, badan, nempunyai catatan riwayat kesehatan saya, untuk mengungkapkan kepada Penanggung semua keterangan tentang catatan riwayat kesehatan isama sah berlakunya seperti dokumen aslinya. Ibahan (Rider):
Saya/Kami menyatakan dengan se tambahan yang diperlukan atau p tidak benar, maka penanggung be ganti rugi apapun. Saya/Kami menyetujui bahwa sem atau perubahan-perubahannya be Saya/Kami memberikan kuasa kepinstansi/lembaga atau lain yang m saya. Salinan/fotokopi dari kuasa ir Untuk Penambahan Asuransi Tama. apabila telah disetujui oleh Peb. Saya/Kami tidak berhak menga	perubahannya, adalah lengkap dan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya. Saya menyetujui bahwa apabila pernyataan dan jawaban di atas erhak untuk membatalkan kontrak asuransi jiwa ini sejak awal, dan tidak wajib mengembalikan premi, membayar klaim manfaat asuransi serta nua keterangan yang diberikan dalam Pernyataan Kesehatan, dan dalam setiap pemeriksaan kesehatan serta formulir tambahan yang diperlukan ersama Polis yang bersangkutan, merupakan bagian dari kontrak asuransi jiwa secara keseluruhan sepanjang hal itu berhubungan dengan Polis. pada setiap Dokter/Rumah Sakit/Klinik/Puskesmas/Laboratorium, perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi, badan, pempunyai catatan riwayat kesehatan saya, untuk mengungkapkan kepada Penanggung semua keterangan tentang catatan riwayat kesehatan isama sah berlakunya seperti dokumen aslinya.
 Saya/Kami menyatakan dengan se tambahan yang diperlukan atau p tidak benar, maka penanggung be ganti rugi apapun. Saya/Kami menyetujui bahwa sem atau perubahan-perubahannya be Saya/Kami memberikan kuasa kep instansi/lembaga atau lain yang m saya. Salinan/fotokopi dari kuasa ir Untuk Penambahan Asuransi Tam a. apabila telah disetujui oleh Pe b. Saya/Kami tidak berhak menge Saya/Kami menyetujui bahwa Pen Saya/Kami bersedia melakukan pe 	perubahannya, adalah lengkap dan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya. Saya menyetujui bahwa apabila pernyataan dan jawaban di atas perhak untuk membatalkan kontrak asuransi jiwa ini sejak awal, dan tidak wajib mengembalikan premi, membayar klaim manfaat asuransi serta nua keterangan yang diberikan dalam Pernyataan Kesehatan, dan dalam setiap pemeriksaan kesehatan serta formulir tambahan yang diperlukan persama Polis yang bersangkutan, merupakan bagian dari kontrak asuransi jiwa secara keseluruhan sepanjang hal itu berhubungan dengan Polis. Dada setiap Dokter/Rumah Sakit/Klinik/Puskesmas/Laboratorium, perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi, badan, nempunyai catatan riwayat kesehatan saya, untuk mengungkapkan kepada Penanggung semua keterangan tentang catatan riwayat kesehatan ni sama sah berlakunya seperti dokumen aslinya. Bahan (Rider): Bahan (Rider): Bahan (Rider) maka efektif berlaku adalah pada tanggal penagihan biaya asuransi terdekat. Bajukan Klaim apapun untuk kejadian yang terjadi sebelum tanggal dimana Asuransi Tambahan (Rider) ini dinyatakan diberlakukan oleh Penanggung.
Saya/Kami menyatakan dengan se tambahan yang diperlukan atau p tidak benar, maka penanggung be ganti rugi apapun. Saya/Kami menyetujui bahwa sem atau perubahan-perubahannya be Saya/Kami memberikan kuasa kerinstansi/lembaga atau lain yang m saya. Salinan/fotokopi dari kuasa ir Untuk Penambahan Asuransi Tama. apabila telah disetujui oleh Peb. Saya/Kami tidak berhak menge Saya/Kami menyetujui bahwa Pen Saya/Kami bersedia melakukan pemenjadi tanggungan saya.	perubahannya, adalah lengkap dan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya. Saya menyetujui bahwa apabila pernyataan dan jawaban di atas perhak untuk membatalkan kontrak asuransi jiwa ini sejak awal, dan tidak wajib mengembalikan premi, membayar klaim manfaat asuransi serta nua keterangan yang diberikan dalam Pernyataan Kesehatan, dan dalam setiap pemeriksaan kesehatan serta formulir tambahan yang diperlukan persama Polis yang bersangkutan, merupakan bagian dari kontrak asuransi jiwa secara keseluruhan sepanjang hal itu berhubungan dengan Polis. pada setiap Dokter/Rumah Sakit/Klinik/Puskesmas/Laboratorium, perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi, badan, nempunyai catatan riwayat kesehatan saya, untuk mengungkapkan kepada Penanggung semua keterangan tentang catatan riwayat kesehatan ni sama sah berlakunya seperti dokumen aslinya. Isahan (Rider): Penanggung maka efektif berlaku adalah pada tanggal penagihan biaya asuransi terdekat. Penanggung maka efektif berlaku adalah pada tanggal penagihan biaya asuransi terdekat. Penanggung memiliki hak sepenuhnya untuk menyetujui atau menolak permohonan perubahan Asuransi Tambahan (Rider).
Saya/Kami menyatakan dengan se tambahan yang diperlukan atau p tidak benar, maka penanggung be ganti rugi apapun. Saya/Kami menyetujui bahwa sem atau perubahan-perubahannya be Saya/Kami memberikan kuasa kepinstansi/lembaga atau lain yang m saya. Salinan/fotokopi dari kuasa ir Untuk Penambahan Asuransi Tama. apabila telah disetujui oleh Peb. Saya/Kami tidak berhak menges. Saya/Kami menyetujui bahwa Pen Saya/Kami bersedia melakukan pemenjadi tanggungan saya. Saya/Kami menyetujui Penanggur.	perubahannya, adalah lengkap dan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya. Saya menyetujui bahwa apabila pernyataan dan jawaban di atas perhak untuk membatalkan kontrak asuransi jiwa ini sejak awal, dan tidak wajib mengembalikan premi, membayar klaim manfaat asuransi serta nua keterangan yang diberikan dalam Pernyataan Kesehatan, dan dalam setiap pemeriksaan kesehatan serta formulir tambahan yang diperlukan persama Polis yang bersangkutan, merupakan bagian dari kontrak asuransi jiwa secara keseluruhan sepanjang hal itu berhubungan dengan Polis. Dada setiap Dokter/Rumah Sakit/Klinik/Puskesmas/Laboratorium, perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi, badan, nempunyai catatan riwayat kesehatan saya, untuk mengungkapkan kepada Penanggung semua keterangan tentang catatan riwayat kesehatan ni asma sah berlakunya seperti dokumen aslinya. Jabahan (Rider): "enanggung maka efektif berlaku adalah pada tanggal penagihan biaya asuransi terdekat. "ajukan Klaim apapun untuk kejadian yang terjadi sebelum tanggal dimana Asuransi Tambahan (Rider) ini dinyatakan diberlakukan oleh Penanggung. "hanggung memiliki hak sepenuhnya untuk menyetujui atau menolak permohonan perubahan Asuransi Tambahan (Rider). "emeriksaan kesehatan apabila diperlukan oleh Penanggung dan semua biaya yang timbul dari pemeriksaan kesehatan tersebut "ng untuk melakukan perubahan alamat korespondensi berdasarkan yang tercantum pada formulir perubahan Asuransi Tambahan (Rider) ini. "n selisih Premi (bila ada) ke rekening Penanggung dalam permohonan perubahan Asuransi Tambahan (Rider).
 Saya/Kami menyatakan dengan se tambahan yang diperlukan atau p tidak benar, maka penanggung be ganti rugi apapun. Saya/Kami menyetujui bahwa sem atau perubahan-perubahannya be Saya/Kami memberikan kuasa kepinstansi/lembaga atau lain yang m saya. Salinan/fotokopi dari kuasa ir Untuk Penambahan Asuransi Tama a. apabila telah disetujui oleh Pe b. Saya/Kami tidak berhak menge Saya/Kami menyetujui bahwa Pen Saya/Kami bersedia melakukan pemenjadi tanggungan saya. Saya/Kami bersedia membayarkar yasar/Kami bersedia membayarkar bersama ini saya/kami lampirkan fan Bila permohonan perubahan Asur 	perubahannya, adalah lengkap dan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya. Saya menyetujui bahwa apabila pernyataan dan jawaban di atas berhak untuk membatalkan kontrak asuransi jiwa ini sejak awal, dan tidak wajib mengembalikan premi, membayar klaim manfaat asuransi serta nua keterangan yang diberikan dalam Pernyataan Kesehatan, dan dalam setiap pemeriksaan kesehatan serta formulir tambahan yang diperlukan ersama Polis yang bersangkutan, merupakan bagian dari kontrak asuransi jiwa secara keseluruhan sepanjang hal itu berhubungan dengan Polis. Dada setiap Dokter/Rumah Sakit/Klinik/Puskesmas/Laboratorium, perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi, badan, nempunyai catatan riwayat kesehatan saya, untuk mengungkapkan kepada Penanggung semua keterangan tentang catatan riwayat kesehatan ni sama sah berlakunya seperti dokumen aslinya. Ibahan (Rider): enanggung maka efektif berlaku adalah pada tanggal penagihan biaya asuransi terdekat. ajukan Klaim apapun untuk kejadian yang terjadi sebelum tanggal dimana Asuransi Tambahan (Rider) ini dinyatakan diberlakukan oleh Penanggung, nanggung memiliki hak sepenuhnya untuk menyetujui atau menolak permohonan perubahan Asuransi Tambahan (Rider). emeriksaan kesehatan apabila diperlukan oleh Penanggung dan semua biaya yang timbul dari pemeriksaan kesehatan tersebut ng untuk melakukan perubahan alamat korespondensi berdasarkan yang tercantum pada formulir perubahan Asuransi Tambahan (Rider). fotokopi KTP/Identitas lain, yang masih berlaku. ransi Tambahan (Rider) ini tidak disetujui oleh Penanggung, maka Penanggung akan mengembalikan biaya perubahan Polis dan selisih Premi
Saya/Kami menyatakan dengan se tambahan yang diperlukan atau p tidak benar, maka penanggung be ganti rugi apapun. Saya/Kami menyetujui bahwa sem atau perubahan-perubahannya be Saya/Kami memberikan kuasa kerinstansi/lembaga atau lain yang m saya. Salinan/fotokopi dari kuasa ir Untuk Penambahan Asuransi Tama. apabila telah disetujui oleh Pe b. Saya/Kami tidak berhak menge Saya/Kami menyetujui bahwa Pen Saya/Kami bersedia melakukan pemenjadi tanggungan saya. Saya/Kami bersedia membayarkar Bersama ini saya/kami lampirkan fi O. Bila permohonan perubahan Asur yang telah dibayar untuk pengajuang telah dibay	perubahannya, adalah lengkap dan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya. Saya menyetujui bahwa apabila pernyataan dan jawaban di atas berhak untuk membatalkan kontrak asuransi jiwa ini sejak awal, dan tidak wajib mengembalikan premi, membayar klaim manfaat asuransi serta nua keterangan yang diberikan dalam Pernyataan Kesehatan, dan dalam setiap pemeriksaan kesehatan serta formulir tambahan yang diperlukan ersama Polis yang bersangkutan, merupakan bagian dari kontrak asuransi jiwa secara keseluruhan sepanjang hal itu berhubungan dengan Polis. Dada setiap Dokter/Rumah Sakit/Klinik/Puskesmas/Laboratorium, perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi, badan, nempunyai catatan riwayat kesehatan saya, untuk mengungkapkan kepada Penanggung semua keterangan tentang catatan riwayat kesehatan ni sama sah berlakunya seperti dokumen aslinya. Dahan (Rider): Penanggung maka efektif berlaku adalah pada tanggal penagihan biaya asuransi terdekat. Penanggung maka efektif berlaku adalah pada tanggal penagihan biaya asuransi terdekat. Penanggung memiliki hak sepenuhnya untuk menyetujui atau menolak permohonan perubahan (Rider) ini dinyatakan diberlakukan oleh Penanggung. Demeriksaan kesehatan apabila diperlukan oleh Penanggung dan semua biaya yang timbul dari pemeriksaan kesehatan tersebut ng untuk melakukan perubahan alamat korespondensi berdasarkan yang tercantum pada formulir perubahan Asuransi Tambahan (Rider). Fotokopi KTP/Identitas lain, yang masih berlaku. ransi Tambahan (Rider) ini tidak disetujui oleh Penanggung, maka Penanggung akan mengembalikan biaya perubahan Polis dan selisih Premi tan perubahan polis (jika ada) ke data rekening yang tertera pada formulir ini tanpa memberikan bunga apapun.
Saya/Kami menyatakan dengan se tambahan yang diperlukan atau p tidak benar, maka penanggung be ganti rugi apapun. Saya/Kami menyetujui bahwa sem atau perubahan-perubahannya be Saya/Kami memberikan kuasa kerinstansi/lembaga atau lain yang m saya. Salinan/fotokopi dari kuasa ir 4. Untuk Penambahan Asuransi Tama. apabila telah disetujui oleh Pe b. Saya/Kami tidak berhak menge Saya/Kami menyetujui bahwa Pen 6. Saya/Kami menyetujui Penanggur 8. Saya/Kami menyetujui Penanggur 8. Saya/Kami bersedia melakukan pemenjadi tanggungan saya. Saya/Kami bersedia melakukan pemenjadi tanggungan saya. Saya/Kami bersedia melakukan pemenjadi tanggungan saya. Bersama ini saya/kami lampirkan fi 0. Bila permohonan perubahan Asur yang telah dibayar untuk pengajua 11. Biaya Administrasi perubahan Rp 3.	perubahannya, adalah lengkap dan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya. Saya menyetujui bahwa apabila pernyataan dan jawaban di atas berhak untuk membatalkan kontrak asuransi jiwa ini sejak awal, dan tidak wajib mengembalikan premi, membayar klaim manfaat asuransi serta nua keterangan yang diberikan dalam Pernyataan Kesehatan, dan dalam setiap pemeriksaan kesehatan serta formulir tambahan yang diperlukan ersama Polis yang bersangkutan, merupakan bagian dari kontrak asuransi jiwa secara keseluruhan sepanjang hal itu berhubungan dengan Polis. Dada setiap Dokter/Rumah Sakit/Klinik/Puskesmas/Laboratorium, perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi, badan, nempunyai catatan riwayat kesehatan saya, untuk mengungkapkan kepada Penanggung semua keterangan tentang catatan riwayat kesehatan ni sama sah berlakunya seperti dokumen aslinya. Dahan (Rider): Penanggung maka efektif berlaku adalah pada tanggal penagihan biaya asuransi terdekat. Bajukan Klaim apapun untuk kejadian yang terjadi sebelum tanggal dimana Asuransi Tambahan (Rider) ini dinyatakan diberlakukan oleh Penanggung memiliki hak sepenuhnya untuk menyetujui atau menolak permohonan perubahan Asuransi Tambahan (Rider). Pemeriksaan kesehatan apabila diperlukan oleh Penanggung dan semua biaya yang timbul dari pemeriksaan kesehatan tersebut ng untuk melakukan perubahan alamat korespondensi berdasarkan yang tercantum pada formulir perubahan Asuransi Tambahan (Rider). Fotokopi KTP/Identitas lain, yang masih berlaku. Tansi Tambahan (Rider) ini tidak disetujui oleh Penanggung, maka Penanggung akan mengembalikan biaya perubahan Polis dan selisih Premi an perubahan polis (jika ada) ke data rekening Penanggung, maka Penanggung akan mengembalikan biaya perubahan Polis dan selisih Premi an perubahan polis (jika ada) ke data rekening yang tertera pada formulir ini tanpa memberikan bunga apapun.
Saya/Kami menyatakan dengan se tambahan yang diperlukan atau p tidak benar, maka penanggung be ganti rugi apapun. Saya/Kami menyetujui bahwa sem atau perubahan-perubahannya be Saya/Kami memberikan kuasa kerinstansi/lembaga atau lain yang m saya. Salinan/fotokopi dari kuasa ir Untuk Penambahan Asuransi Tama. apabila telah disetujui oleh Pe b. Saya/Kami tidak berhak menge Saya/Kami menyetujui bahwa Pen Saya/Kami bersedia melakukan pemenjadi tanggungan saya. Saya/Kami bersedia membayarkar Bersama ini saya/kami lampirkan fi O. Bila permohonan perubahan Asur yang telah dibayar untuk pengajuang telah dibay	perubahannya, adalah lengkap dan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya. Saya menyetujui bahwa apabila pernyataan dan jawaban di atas berhak untuk membatalkan kontrak asuransi jiwa ini sejak awal, dan tidak wajib mengembalikan premi, membayar klaim manfaat asuransi serta nua keterangan yang diberikan dalam Pernyataan Kesehatan, dan dalam setiap pemeriksaan kesehatan serta formulir tambahan yang diperlukan ersama Polis yang bersangkutan, merupakan bagian dari kontrak asuransi jiwa secara keseluruhan sepanjang hal itu berhubungan dengan Polis. Dada setiap Dokter/Rumah Sakit/Klinik/Puskesmas/Laboratorium, perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi, badan, nempunyai catatan riwayat kesehatan saya, untuk mengungkapkan kepada Penanggung semua keterangan tentang catatan riwayat kesehatan ni sama sah berlakunya seperti dokumen aslinya. Dahan (Rider): Penanggung maka efektif berlaku adalah pada tanggal penagihan biaya asuransi terdekat. Penanggung maka efektif berlaku adalah pada tanggal penagihan biaya asuransi terdekat. Penanggung memiliki hak sepenuhnya untuk menyetujui atau menolak permohonan perubahan (Rider) ini dinyatakan diberlakukan oleh Penanggung. Demeriksaan kesehatan apabila diperlukan oleh Penanggung dan semua biaya yang timbul dari pemeriksaan kesehatan tersebut ng untuk melakukan perubahan alamat korespondensi berdasarkan yang tercantum pada formulir perubahan Asuransi Tambahan (Rider). Fotokopi KTP/Identitas lain, yang masih berlaku. ransi Tambahan (Rider) ini tidak disetujui oleh Penanggung, maka Penanggung akan mengembalikan biaya perubahan Polis dan selisih Premi tan perubahan polis (jika ada) ke data rekening yang tertera pada formulir ini tanpa memberikan bunga apapun.
Saya/Kami menyatakan dengan se tambahan yang diperlukan atau p tidak benar, maka penanggung be ganti rugi apapun. Saya/Kami menyetujui bahwa sem atau perubahan-perubahannya be Saya/Kami memberikan kuasa kerinstansi/lembaga atau lain yang m saya. Salinan/fotokopi dari kuasa ir 4. Untuk Penambahan Asuransi Tama. apabila telah disetujui oleh Pe b. Saya/Kami tidak berhak menge Saya/Kami menyetujui bahwa Pen 6. Saya/Kami menyetujui Penanggur 8. Saya/Kami menyetujui Penanggur 8. Saya/Kami bersedia melakukan pemenjadi tanggungan saya. Saya/Kami bersedia melakukan pemenjadi tanggungan saya. Saya/Kami bersedia melakukan pemenjadi tanggungan saya. Bersama ini saya/kami lampirkan fi 0. Bila permohonan perubahan Asur yang telah dibayar untuk pengajua 11. Biaya Administrasi perubahan Rp 3.	perubahannya, adalah lengkap dan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya. Saya menyetujui bahwa apabila pernyataan dan jawaban di atas berhak untuk membatalkan kontrak asuransi jiwa ini sejak awal, dan tidak wajib mengembalikan premi, membayar klaim manfaat asuransi serta nua keterangan yang diberikan dalam Pernyataan Kesehatan, dan dalam setiap pemeriksaan kesehatan serta formulir tambahan yang diperlukan ersama Polis yang bersangkutan, merupakan bagian dari kontrak asuransi jiwa secara keseluruhan sepanjang hal itu berhubungan dengan Polis. Dada setiap Dokter/Rumah Sakit/Klinik/Puskesmas/Laboratorium, perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi, badan, nempunyai catatan riwayat kesehatan saya, untuk mengungkapkan kepada Penanggung semua keterangan tentang catatan riwayat kesehatan ni sama sah berlakunya seperti dokumen aslinya. Dahan (Rider): Penanggung maka efektif berlaku adalah pada tanggal penagihan biaya asuransi terdekat. Bajukan Klaim apapun untuk kejadian yang terjadi sebelum tanggal dimana Asuransi Tambahan (Rider) ini dinyatakan diberlakukan oleh Penanggung memiliki hak sepenuhnya untuk menyetujui atau menolak permohonan perubahan Asuransi Tambahan (Rider). Pemeriksaan kesehatan apabila diperlukan oleh Penanggung dan semua biaya yang timbul dari pemeriksaan kesehatan tersebut ng untuk melakukan perubahan alamat korespondensi berdasarkan yang tercantum pada formulir perubahan Asuransi Tambahan (Rider). Fotokopi KTP/Identitas lain, yang masih berlaku. Tansi Tambahan (Rider) ini tidak disetujui oleh Penanggung, maka Penanggung akan mengembalikan biaya perubahan Polis dan selisih Premi an perubahan polis (jika ada) ke data rekening Penanggung, maka Penanggung akan mengembalikan biaya perubahan Polis dan selisih Premi an perubahan polis (jika ada) ke data rekening yang tertera pada formulir ini tanpa memberikan bunga apapun.
Saya/Kami menyatakan dengan se tambahan yang diperlukan atau p tidak benar, maka penanggung be ganti rugi apapun. Saya/Kami menyetujui bahwa sem atau perubahan-perubahannya be Saya/Kami memberikan kuasa kerinstansi/lembaga atau lain yang m saya. Salinan/fotokopi dari kuasa ir 4. Untuk Penambahan Asuransi Tama. apabila telah disetujui oleh Pe b. Saya/Kami tidak berhak menge Saya/Kami menyetujui bahwa Pen 6. Saya/Kami menyetujui Penanggur 8. Saya/Kami menyetujui Penanggur 8. Saya/Kami bersedia melakukan pemenjadi tanggungan saya. Saya/Kami bersedia melakukan pemenjadi tanggungan saya. Saya/Kami bersedia melakukan pemenjadi tanggungan saya. Bersama ini saya/kami lampirkan fi 0. Bila permohonan perubahan Asur yang telah dibayar untuk pengajua 11. Biaya Administrasi perubahan Rp 3.	perubahannya, adalah lengkap dan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya. Saya menyetujui bahwa apabila pernyataan dan jawaban di atas berhak untuk membatalkan kontrak asuransi jiwa ini sejak awal, dan tidak wajib mengembalikan premi, membayar klaim manfaat asuransi serta nua keterangan yang diberikan dalam Pernyataan Kesehatan, dan dalam setiap pemeriksaan kesehatan serta formulir tambahan yang diperlukan ersama Polis yang bersangkutan, merupakan bagian dari kontrak asuransi jiwa secara keseluruhan sepanjang hal itu berhubungan dengan Polis. Dada setiap Dokter/Rumah Sakit/Klinik/Puskesmas/Laboratorium, perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi, badan, nempunyai catatan riwayat kesehatan saya, untuk mengungkapkan kepada Penanggung semua keterangan tentang catatan riwayat kesehatan ni sama sah berlakunya seperti dokumen aslinya. Dahan (Rider): Penanggung maka efektif berlaku adalah pada tanggal penagihan biaya asuransi terdekat. Bajukan Klaim apapun untuk kejadian yang terjadi sebelum tanggal dimana Asuransi Tambahan (Rider) ini dinyatakan diberlakukan oleh Penanggung memiliki hak sepenuhnya untuk menyetujui atau menolak permohonan perubahan Asuransi Tambahan (Rider). Pemeriksaan kesehatan apabila diperlukan oleh Penanggung dan semua biaya yang timbul dari pemeriksaan kesehatan tersebut ng untuk melakukan perubahan alamat korespondensi berdasarkan yang tercantum pada formulir perubahan Asuransi Tambahan (Rider). Fotokopi KTP/Identitas lain, yang masih berlaku. Tansi Tambahan (Rider) ini tidak disetujui oleh Penanggung, maka Penanggung akan mengembalikan biaya perubahan Polis dan selisih Premi an perubahan polis (jika ada) ke data rekening Penanggung, maka Penanggung akan mengembalikan biaya perubahan Polis dan selisih Premi an perubahan polis (jika ada) ke data rekening yang tertera pada formulir ini tanpa memberikan bunga apapun.
Saya/Kami menyatakan dengan se tambahan yang diperlukan atau p tidak benar, maka penanggung be ganti rugi apapun. Saya/Kami menyetujui bahwa sem atau perubahan-perubahannya be Saya/Kami memberikan kuasa kerinstansi/lembaga atau lain yang m saya. Salinan/fotokopi dari kuasa ir 4. Untuk Penambahan Asuransi Tama. apabila telah disetujui oleh Pe b. Saya/Kami tidak berhak menge Saya/Kami menyetujui bahwa Pen 6. Saya/Kami menyetujui Penanggur 8. Saya/Kami menyetujui Penanggur 8. Saya/Kami bersedia melakukan pemenjadi tanggungan saya. Saya/Kami bersedia melakukan pemenjadi tanggungan saya. Saya/Kami bersedia melakukan pemenjadi tanggungan saya. Bersama ini saya/kami lampirkan fi 0. Bila permohonan perubahan Asur yang telah dibayar untuk pengajua 11. Biaya Administrasi perubahan Rp 3.	perubahannya, adalah lengkap dan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya. Saya menyetujui bahwa apabila pernyataan dan jawaban di atas berhak untuk membatalkan kontrak asuransi jiwa ini sejak awal, dan tidak wajib mengembalikan premi, membayar klaim manfaat asuransi serta nua keterangan yang diberikan dalam Pernyataan Kesehatan, dan dalam setiap pemeriksaan kesehatan serta formulir tambahan yang diperlukan ersama Polis yang bersangkutan, merupakan bagian dari kontrak asuransi jiwa secara keseluruhan sepanjang hal itu berhubungan dengan Polis. Dada setiap Dokter/Rumah Sakit/Klinik/Puskesmas/Laboratorium, perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi, badan, nempunyai catatan riwayat kesehatan saya, untuk mengungkapkan kepada Penanggung semua keterangan tentang catatan riwayat kesehatan ni sama sah berlakunya seperti dokumen aslinya. Dahan (Rider): Penanggung maka efektif berlaku adalah pada tanggal penagihan biaya asuransi terdekat. Bajukan Klaim apapun untuk kejadian yang terjadi sebelum tanggal dimana Asuransi Tambahan (Rider) ini dinyatakan diberlakukan oleh Penanggung memiliki hak sepenuhnya untuk menyetujui atau menolak permohonan perubahan Asuransi Tambahan (Rider). Pemeriksaan kesehatan apabila diperlukan oleh Penanggung dan semua biaya yang timbul dari pemeriksaan kesehatan tersebut ng untuk melakukan perubahan alamat korespondensi berdasarkan yang tercantum pada formulir perubahan Asuransi Tambahan (Rider). Fotokopi KTP/Identitas lain, yang masih berlaku. Tansi Tambahan (Rider) ini tidak disetujui oleh Penanggung, maka Penanggung akan mengembalikan biaya perubahan Polis dan selisih Premi an perubahan polis (jika ada) ke data rekening Penanggung, maka Penanggung akan mengembalikan biaya perubahan Polis dan selisih Premi an perubahan polis (jika ada) ke data rekening yang tertera pada formulir ini tanpa memberikan bunga apapun.
 Saya/Kami menyatakan dengan se tambahan yang diperlukan atau p tidak benar, maka penanggung be ganti rugi apapun. Saya/Kami menyetujui bahwa sem atau perubahan-perubahannya be Saya/Kami memberikan kuasa kepinstansi/lembaga atau lain yang m saya. Salinan/fotokopi dari kuasa ir Untuk Penambahan Asuransi Tama. apabila telah disetujui oleh Peb. Saya/Kami tidak berhak menge Saya/Kami menyetujui bahwa Pen Saya/Kami menyetujui Penanggur Saya/Kami menyetujui Penanggur Saya/Kami menyetujui Penanggur Saya/Kami bersedia membayarkar Bersama ini saya/kami lampirkan f Bila permohonan perubahan Asur yang telah dibayar untuk pengaju. Biaya Administrasi perubahan Rp 3 Ditandatangani di 	perubahannya, adalah lengkap dan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya. Saya menyetujui bahwa apabila pernyataan dan jawaban di atas berhak untuk membatalkan kontrak asuransi jiwa ini sejak awal, dan tidak wajib mengembalikan premi, membayar klaim manfaat asuransi serta nua keterangan yang diberikan dalam Pernyataan Kesehatan, dan dalam setiap pemeriksaan kesehatan serta formulir tambahan yang diperlukan ersama Polis yang bersangkutan, merupakan bagian dari kontrak asuransi jiwa secara keseluruhan sepanjang hal itu berhubungan dengan Polis. Dada setiap Dokter/Rumah Sakit/Klinik/Puskesmas/Laboratorium, perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi, badan, nempunyai catatan riwayat kesehatan saya, untuk mengungkapkan kepada Penanggung semua keterangan tentang catatan riwayat kesehatan ni sama sah berlakunya seperti dokumen aslinya. Dahan (Rider): Penanggung maka efektif berlaku adalah pada tanggal penagihan biaya asuransi terdekat. Bajukan Klaim apapun untuk kejadian yang terjadi sebelum tanggal dimana Asuransi Tambahan (Rider) ini dinyatakan diberlakukan oleh Penanggung memiliki hak sepenuhnya untuk menyetujui atau menolak permohonan perubahan Asuransi Tambahan (Rider). Pemeriksaan kesehatan apabila diperlukan oleh Penanggung dan semua biaya yang timbul dari pemeriksaan kesehatan tersebut ng untuk melakukan perubahan alamat korespondensi berdasarkan yang tercantum pada formulir perubahan Asuransi Tambahan (Rider). Fotokopi KTP/Identitas lain, yang masih berlaku. Tansi Tambahan (Rider) ini tidak disetujui oleh Penanggung, maka Penanggung akan mengembalikan biaya perubahan Polis dan selisih Premi an perubahan polis (jika ada) ke data rekening Penanggung, maka Penanggung akan mengembalikan biaya perubahan Polis dan selisih Premi an perubahan polis (jika ada) ke data rekening yang tertera pada formulir ini tanpa memberikan bunga apapun.