



**Nama Tertanggung** : .....

**Nama Pemilik Polis** : .....

**No. KTP/Paspor/SIM Pemilik Polis** : .....

**No. Telp/HP Pemilik Polis** : .....

**No. Polis** : .....

Dengan ini menyatakan akan melakukan pemulihan polis tersebut di atas ("Polis"), karena:

- Batal (*Lapsed*)
- Jangka Waktu Yang Diperpanjang (*ETI/Extended Term Insurance*)
- Uang Pertanggungan Yang Menurun (*RPU/Reduced Paid Up*)

Dan bersedia untuk memenuhi persyaratan serta tunduk terhadap seluruh ketentuan dan persyaratan yang diatur dalam Polis, khususnya yang terkait dengan pemulihan Polis.

Ditandatangani di \_\_\_\_\_ Tanggal \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nama & Tanda Tangan Tertanggung  
(jika berbeda dengan Pemilik Polis)

\_\_\_\_\_  
Nama & Tanda Tangan Pemilik Polis

\_\_\_\_\_  
Nama & Tanda Tangan Saksi/Agen

**Catatan:**

Lampirkan fotokopi identitas diri yang berlaku dan syarat pemulihan Polis: dokumen persyaratan pemulihan Polis