FORMULIR TRANSAKSI TOP-UP AD-HOC
(hanya untuk produk unit link)

avrist
Advancing Life

Perhatian! **Jangan menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong.**

Nama Tertanggung :
Nama Pemilik Polis :
No. KTP/Paspor/SIM Pemilik Polis :
No. Polis : | | | | | | | | | | |
No. Telp/Handphone :

Apakah ada perubahan data nasabah dari data yang pernah di berikan kepada PT Avrist Assurance ? ☐ YA ☐ TIDAK
(Jika YA, wajib mengisi Formulir Pengkinian Data Nasabah Perseorangan)
Catatan: Lampirkan fotokopi bukti identitas.

A. PERMOHONAN TRANSAKSI TOP-UP

Mohon ditambahkan sejumlah dana untuk top-up sebesar _____ untuk penambahan unit dalam polis (terlampir salinan bukti pembayaran)

JENIS DANA*	PERSENTASE (%)**	CATATAN PENTING
☐ Avrist Link Assured Rupiah		1. Setiap transaksi top-up dikenakan: a. Biaya premi top-up sebesar 5% dari dana top-up dan biaya polis top-up sebesar Rp 100.000/ US$25, yang dipotong sebelum dibelikan unit (untuk produk Link). b. Biaya premi top-up sebesar 5% dari dana top-up, yang dipotong sebelum dibelikan unit (untuk produk Avrist Xtra dan Avrist Grand). 2. Minimal top-up: a. Rp 2.500.000/US$300 per transaksi untuk produk Avrist Xtra dan Avrist Grand b. Rp 1.500.000/US$300 per transaksi untuk produk Avrist Link (Premi Berkala) c. Rp 1.000.000/US$200 per transaksi untuk produk Link (Premi Tunggal) 3. Segala macam perubahan terhadap permohonan top-up ad-hoc ini tidak diperkenankan setelah formulir ini ditandatangani.
☐ Avrist Link Advised Rupiah		
☐ Avrist Link Aggressive Rupiah		
☐ Avrist Link Assured US Dollar		
☐ Avrist Link Access Cash Rupiah		

** Berikan tanda (√) untuk jenis dana yang dipilih*
*** Cantumkan persentase pilihan jenis dana*

B. DATA PEMILIK POLIS

Pekerjaan Pemilik Polis :
Nama Perusahaan :
Alamat Perusahaan :
(termasuk kota, propinsi, kode pos)
No. Telepon/Faks Perusahaan :
Jabatan Pemilik Polis di Perusahaan :
Pendapatan Bersih per Tahun :
Sumber Pendapatan : ☐ Gaji/Hasil Usaha ☐ Tabungan/Deposito ☐ Lainnya (sebutkan): _____

C. CARA PEMBAYARAN PREMI

Informasi bank (*wajib diisi untuk proses pengembalian premi*)

Nama Bank :
Nama Cabang :
Pemilik Rekening :
Nomor Rekening :
Mata Uang Rekening :

D. PERNYATAAN DAN KUASA

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya mengerti dan menyetujui hal-hal sebagai berikut:

1. Permohonan ini tunduk pada ketentuan-ketentuan dan syarat-syarat dalam polis dan formulir ini, serta berlaku efektif setelah permohonan ini secara resmi telah diberitahukan kepada dan diterima oleh PT Avrist Assurance ("Avrist").
2. Transaksi yang melibatkan pemotongan atau pengkreditan unit akan ditentukan sesuai dengan ketentuan-ketentuan yang telah disebutkan dalam polis pada tanggal penilaian segera setelah penerimaan permohonan ini oleh Avrist.
3. Selama masa cuti premi, sejumlah unit secara teratur akan didebet/dipotong setiap bulan untuk membayar biaya-biaya yang terkait dan semua kontrak tambahan/rider yang terdapat dalam polis akan berakhir secara otomatis pada saat pilihan ini diberlakukan, kecuali polis memiliki nilai investasi premi top-up yang cukup untuk membayar biaya kontrak tambahan/rider yang melekat pada polis. Pilihan ini tersedia setiap saat dan dalam jangka waktu yang tidak terbatas selama nilai unit masih dapat digunakan untuk membayar biaya yang terkait setiap bulannya (untuk produk Avrist Link).
4. Selama polis memiliki nilai investasi premi top-up yang cukup untuk membayar premi berkala, maka jika premi berkala tidak dibayarkan sampai dengan masa pembayaran terlambat berakhir, sistem secara otomatis akan memotong nilai investasi premi top-up tersebut untuk membayar premi berkala (untuk produk Avrist Xtra dan Avrist Grand).

Selanjutnya saya memberi kuasa kepada:
Avrist untuk menggunakan informasi atau keterangan mengenai diri saya yang tersedia, diperoleh atau disimpan oleh Avrist (sesuai yang tercantum dalam formulir ini atau sarana lain), kepada pihak-pihak lain (termasuk tetapi tidak terbatas pada perusahaan reasuransi, asuransi, lembaga, bank atau badan hukum lain baik di dalam maupun di luar negeri) yang memiliki hubungan kerja sama dengan Avrist dalam rangka pengajuan formulir ini, pembayaran klaim, pelayanan nasabah, maupun penawaran produk lain kepada saya. Saya juga mengerti bahwa saya berhak untuk melakukan koreksi atau penambahan atas informasi dan keterangan mengenai saya tersebut dengan menghubungi kantor Avrist.

Ditandatangani di _____ Tanggal _____

Saksi menyatakan bahwa formulir ini benar ditandatangani oleh Pemilik Polis

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

Nama & Tanda Tangan Pemilik Polis

Nama & Tanda Tangan Saksi
Kode Agen:

Head Office | Gedung Bank Panin Senayan Lt. 3, Jl. Jenderal Sudirman, Jakarta 10270
t +62 21 5789 8188, f +62 21 574 0289 ext. 8270, 574 0233 | www.avrist.com