

- Nama Penerbit : PT ASURANSI CIPUTRA INDONESIA
- Jenis Produk : Asuransi Jiwa Berjangka Kumpulan
- Nama Produk : Ciputra Term Life Insurance
- Deskripsi Produk : Ciputra Term Life Insurance adalah Produk Asuransi Jiwa Berjangka Kumpulan yang memberikan manfaat perlindungan jiwa dalam hal Tertanggung Meninggal Dunia dan memberikan pilihan Manfaat Asuransi berupa Manfaat Asuransi Cacat Tetap Total dan/atau Manfaat Asuransi Penyakit Terminal.
- Mata Uang : Rupiah

Fitur Utama Ciputra Term Life Insurance

- Usia Masuk Tertanggung : 0 hari - 75 tahun (*Last birthday*)
- Uang Pertanggungan : • Minimum Rp 1.000.000,-
• Maksimum: Rp50.000.000.000,-
- Masa Pertanggungan Asuransi : • 3 – 12 bulan (dan dapat diperpanjang dengan persetujuan Tertanggung)
• Usia maksimum Masa Pertanggungan Asuransi adalah 76 tahun
- Premi : Premi dihitung berdasarkan Usia Masuk Tertanggung, Uang Pertanggungan, dan Masa Pertanggungan Asuransi
- Masa Pembayaran Premi : Berdasarkan frekuensi bayar yang dipilih Pemegang Polis Induk
- Frekuensi Pembayaran Premi : Tahunan atau Sekaligus

Manfaat

A. Manfaat Asuransi Utama

Manfaat Asuransi Meninggal Dunia

Apabila Tertanggung meninggal dunia pada Masa Pertanggungan Asuransi maka Penanggung akan membayarkan Manfaat Asuransi berupa 100% Uang Pertanggungan dikurangi dengan Manfaat Asuransi Cacat Tetap Total dan/atau Manfaat Asuransi Penyakit Terminal yang telah dibayarkan sebelumnya (jika ada).

Dalam hal Tertanggung meninggal dunia di dalam Masa Pertanggungan Asuransi dalam kondisi Pertanggungan Asuransi masih berlaku, khusus untuk usia Tertanggung belum mencapai 5 (lima) tahun, maka berlaku *Lien Clause*, dengan syarat tidak masuk di dalam ketentuan yang dikecualikan maka Penanggung akan membayarkan besaran Uang Pertanggungan untuk Manfaat Asuransi Meninggal Dunia sesuai dengan tabel tersebut di bawah ini:

Tertanggung ketika Meninggal Dunia berusia:	Manfaat Meninggal Dunia
< 1 tahun - 1 tahun	20% (dua puluh persen) dari Uang Pertanggungan
< 2 tahun s.d. 2 tahun	40% (empat puluh persen) dari Uang Pertanggungan
< 3 tahun s.d. 3 tahun	60% (enam puluh persen) dari Uang Pertanggungan
< 4 tahun s.d. 4 tahun	80% (delapan puluh persen) dari Uang Pertanggungan
< 4 tahun s.d. ≥ 5 tahun	100% (seratus persen) dari Uang Pertanggungan

Risiko

1. Klaim ditolak jika Tertanggung meninggal dunia disebabkan oleh karena hal-hal yang dikecualikan dari pertanggungan (*exclusion*).
2. Risiko Asuransi
Risiko Asuransi adalah risiko kegagalan Penanggung untuk memenuhi kewajiban kepada Pemegang Polis, Tertanggung, nasabah atau peserta sebagai akibat dari ketidakcukupan proses seleksi risiko (*underwriting*), penetapan premi atau kontribusi, penggunaan reasuransi, dan/atau penanganan klaim.
3. Risiko Operasional
Risiko Operasional adalah Risiko akibat ketidak cukupan dan/atau tidak berfungsinya proses internal, kesalahan manusia, kegagalan sistem, dan/atau adanya kejadian eksternal yang mempengaruhi operasional Penanggung dan mempengaruhi pelayanan untuk nasabah.

Biaya

Setiap Premi yang dibayarkan sudah termasuk biaya administrasi, biaya pemeliharaan polis, dan biaya komisi.

Manfaat

B. Manfaat Asuransi Pilihan

a. Manfaat Asuransi Cacat Tetap Total

Manfaat Asuransi Cacat Tetap Total akan dibayarkan kepada Tertanggung yang menderita penyakit atau cedera secara total, tetap dan tidak dapat dipulihkan yang tidak menyebabkan kematian dalam jangka waktu 180 hari sejak tanggal penyakit atau cedera dimulai, yang diakibatkan oleh:

- Kehilangan dan/atau tidak berfungsinya penglihatan kedua mata;
- Kehilangan dan/atau tidak berfungsinya kedua tangan; atau
- Kehilangan dan/atau tidak berfungsi kedua kaki

Penanggung akan melakukan pembayaran sebesar **maksimum** 50% (lima puluh persen) dari jumlah Uang Pertanggungan Manfaat Asuransi Meninggal Dunia sesuai dengan usia Tertanggung pada saat menderita Cacat Tetap Total.

Dalam hal pembayaran sudah dilakukan untuk Manfaat Asuransi Penyakit Terminal maka Penanggung akan melakukan pembayaran Manfaat Asuransi Cacat Tetap Total dikurangi Manfaat Asuransi Penyakit Terminal yang telah dibayarkan (jika ada).

b. Manfaat Asuransi Penyakit Terminal

Jika Tertanggung menderita Penyakit Terminal, yang menurut pendapat dokter yang ditunjuk oleh Penanggung dapat mengakibatkan kematian dalam jangka waktu 6 (enam) bulan, maka Penanggung akan melakukan pembayaran Manfaat Asuransi sebesar **maksimum** 50% (lima puluh persen) dari jumlah Uang Pertanggungan Manfaat Asuransi Meninggal Dunia sesuai dengan usia Tertanggung pada saat menderita Penyakit Terminal.

Dalam hal pembayaran sudah dilakukan untuk Manfaat Asuransi Cacat Tetap Total maka Penanggung akan melakukan pembayaran Manfaat Asuransi Penyakit Terminal dikurangi Manfaat Asuransi Cacat Tetap Total yang telah dibayarkan (jika ada).

Pengecualian

Penanggung berhak menolak membayar klaim apabila Peristiwa Yang Dipertanggungkan adalah sebagai akibat dari salah satu atau beberapa kejadian di bawah ini:

1. Meninggal dunia karena sakit/penyakit di dalam Masa Tunggu maksimum 3 bulan sejak pertanggungan dimulai, kecuali ditentukan lain oleh Penanggung; atau
2. Keadaan yang telah ada sebelumnya (Pre-existing condition), kecuali dinyatakan lain dalam ketentuan Polis Induk; atau
3. Tindakan bunuh diri atau tindakan melukai diri sendiri dalam keadaan sadar maupun tidak sadar yang dilakukan oleh diri sendiri dan/atau oleh orang lain atas perintah yang berkepentingan dalam Pertanggungan Asuransi; atau
4. Mempunyai riwayat atau menderita penyakit yang disebabkan baik langsung maupun tidak langsung oleh AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome), ARC (AIDS Related Complex) atau infeksi yang disebabkan oleh HIV (Human Immunodeficiency Virus), atau hal-hal yang berhubungan dengan AIDS atau infeksi karena HIV dan komplikasinya; atau
5. Pemberontakan, huru-hara, terorisme, kerusuhan atau keributan masal atau tindakan kekerasan angkatan bersenjata dimana Tertanggung terlibat langsung di dalamnya; atau
6. Melakukan pelanggaran hukum atau melakukan tindakan atau percobaan melakukan tindakan kejahatan yang secara langsung atau tidak langsung oleh Tertanggung dan/atau Yang Ditunjuk; atau
7. Mengendarai kendaraan bermotor tanpa membawa atau memiliki SIM yang sah dan valid dan/atau melakukan pelanggaran lalu lintas; atau
8. Peperangan, keadaan bahaya perang atau darurat perang, baik dinyatakan atau tidak, sedang bertugas sebagai anggota angkatan bersenjata atau kepolisian, sedang melaksanakan tugas operasi militer, pemulihan keamanan dan ketertiban umum; atau
9. Melakukan dan/atau berpartisipasi dalam demonstrasi, pemogokan, kerusuhan, huru-hara, pemberontakan, pengambil-alihan kekuasaan, dan perbuatan melanggar hukum; atau
10. Sebagai penumpang ataupun awak pesawat udara kecuali pada penerbangan komersial yang berjadwal; atau
11. Segala tindakan yang berhubungan dengan pemakaian alkohol, narkotik, obat bius, zat terlarang, racun, gas, radiasi nuklir dan sejenisnya yang dilakukan secara sengaja, kecuali yang diakibatkan oleh pekerjaan Tertanggung itu sendiri; atau

12. Kehamilan dan komplikasinya, keguguran atau melahirkan; atau
13. Menjalani hukuman mati; atau
14. Penyakit yang diakibatkan oleh gangguan kejiwaan, cacat mental, neurosis, psikomatis atau psikosis; atau
15. Penyalahgunaan dan/atau segala tindakan yang berhubungan dengan pemakaian alkohol, narkotik, obat bius, zat terlarang, racun, gas, radiasi nuklir dan sejenisnya yang dilakukan secara sengaja, kecuali yang diakibatkan oleh pekerjaan Tertanggung itu sendiri dan atau apabila zat tersebut dianjurkan berdasarkan resep yang dikeluarkan oleh dokter; atau
16. Melakukan aktivitas berbahaya namun tidak terbatas seperti terjun payung, menyelam, terbang layang, balap mobil, balap perahu motor, balap motor, dan sejenisnya, bungee jumping, arum jeram, olahraga kontak fisik, panjat tebing, penelusuran gua, dan jenis olahraga berisiko lainnya.

• **Pengecualian tambahan Manfaat Asuransi Cacat Tetap Total**

1. Cacat Tetap Total yang sudah terjadi sebelum Pertanggungan Asuransi aktif; atau
2. Penyakit dan/atau cedera tubuh yang telah diderita sebelumnya yang mana Tertanggung menerima perawatan, diagnosa, konsultasi atau pengobatan dalam waktu 180 (seratus delapan puluh) hari kalender sebelum tanggal berlakunya Pertanggungan Asuransi bagi Tertanggung, kecuali Tertanggung tersebut telah dipertanggungkan dalam Polis Induk ini dalam jangka waktu 1 (satu) tahun; atau
3. Cacat bawaan.

• **Pengecualian tambahan Manfaat Asuransi Penyakit Terminal**

1. Penyakit Terminal yang dialami Tertanggung sebelum berlakunya tenggang waktu 90 (sembilan puluh) hari kalender sejak Tanggal Mulai Pertanggungan Asuransi Tambahan Penyakit Terminal Kumpulan, kecuali Penyakit Terminal yang disebabkan oleh Kecelakaan; atau
2. Penyakit Terminal yang telah diderita sebelumnya yang mana Tertanggung melakukan pemeriksaan medis, menerima perawatan, diagnosa, konsultasi atau pengobatan sebelum tanggal berlaku Asuransi Tambahan Penyakit Terminal Kumpulan, kecuali ditentukan lain oleh Penanggung; atau
3. Penyakit Terminal selain dari Penyakit Terminal yang didefinisikan secara spesifik dalam Penyakit Terminal.

Persyaratan dan Tata Cara

1. Pemegang Polis Induk adalah Badan Usaha.
2. Jumlah Tertanggung minimal 5 (lima) orang.
3. Melengkapi dokumen yang diperlukan:
 - a. Formulir Pengajuan Asuransi Kumpulan (FPAK) yang sudah diisi dengan lengkap dan benar;
 - b. Fotokopi dokumen identitas perusahaan (SIUP, NPWP, Akta Perusahaan, TDP, KTP Direksi);
 - c. Fotokopi dokumen identitas Tertanggung (KTP);
 - d. List data Tertanggung yang akan didaftarkan;
 - e. Dokumen lain yang diperlukan sebagai syarat penerbitan polis.
4. Memenuhi ketentuan seleksi risiko (*underwriting*) yang ditentukan oleh Penanggung.
5. Dalam hal terjadi pengakhiran Masa Pertanggungan Asuransi yang diajukan oleh Tertanggung dan disetujui oleh Pemegang Polis Induk, maka Penanggung akan membayarkan Pengembalian Premi.

Rumus Pengembalian Premi yang berlaku pada Penanggung sesuai Masa Pertanggungan Asuransi yang tersisa, yaitu sebagai berikut:

$$PP = 75\% \times SP \times \frac{(n - t)}{n}$$

PP = Pengembalian Premi

SP = Premi sekaligus yang telah dibayarkan

n = Masa Pertanggungan Asuransi (dalam bulan)

t = Durasi Pertanggungan Asuransi yang telah dilalui (dalam bulan)

Jumlah minimum Pengembalian Premi adalah Rp10.000 (sepuluh ribu rupiah). Permintaan Pengembalian Premi lebih kecil dari jumlah tersebut tidak dapat diproses.

6. Produk ini memiliki syarat dan ketentuan yang berlaku, untuk mendapatkan informasi mengenai syarat dan ketentuan ini dapat mengunjungi website www.ciputralife.com/produk

Informasi Layanan Nasabah

Untuk semua informasi ataupun keluhan terkait pertanggungan yang dimiliki, Nasabah dapat menghubungi :

PT Asuransi Ciputra Indonesia ("Ciputra Life")

Office Tower @Ciputra World 2 Jakarta Lantai 28

Jl. Prof. Dr. Satrio Kav 11, Jakarta Selatan 12930

Layanan **KONTAK Ciputra Life** di : 1 500 239

Email : nasabah@ciputralife.com

Whatsapp : 08170239990

Website : www.ciputralife.com

- Layanan pengaduan secara lisan maupun tertulis :

1. Pengaduan diajukan dengan dilengkapi dokumen yang dipersyaratkan antara lain: Identitas, permasalahan yang diajukan dan dokumen pendukung yang berkaitan langsung dengan permasalahan yang diajukan.
2. Penanggung memberikan 10 (sepuluh) hari kerja untuk melengkapi kekurangan dokumen, dan waktu dapat diperpanjang 10 (sepuluh) hari kerja dalam kondisi tertentu.
3. a. Pengaduan lisan akan ditindaklanjuti dan diselesaikan dalam waktu 5 (lima) hari kerja.
b. Pengaduan tertulis akan ditindak lanjuti dan diselesaikan dalam waktu 10 (sepuluh) hari kerja.
c. Dalam kondisi tertentu, jangka waktu dapat diperpanjang paling lama 10 (sepuluh) hari kerja sejak waktu yang dimaksud ketentuan diatas berakhir dengan sebelumnya disampaikan terlebih dahulu perpanjangan waktu tersebut kepada Pemegang Polis Induk/Tertanggung/Penerima Manfaat.

Simulasi

PT XYZ membeli produk asuransi jiwa berjangka tetap untuk karyawannya dengan tabel Plan asuransi sebagai berikut:

Ringkasan Simulasi

No.	Plan	Jumlah Peserta	Rate	Premi	Total Premi
1.	150.000.000	48	4,6%	690.000.000	33.120.000.000
2.	200.000.000	14	4,6%	920.000.000	12.880.000.000
3.	300.000.000	8	4,6%	1.380.000.000	11.040.000.000
4.	500.000.000	7	4,6%	2.300.000.000	16.100.000.000
5.	700.000.000	2	4,6%	3.220.000.000	6.440.000.000
6.	1.200.000.000	1	4,6%	5.520.000.000	5.520.000.000
7.	1.600.000.000	2	4,6%	7.360.000.000	14.720.000.000
8.	3.000.000.000	2	4,6%	13.800.000.000	27.600.000.000

Informasi Tambahan

1. Definisi-definisi penting:
 - Pemegang Polis Induk adalah badan usaha yang mengadakan perjanjian asuransi dengan Penanggung.
 - Tertanggung adalah seseorang yang jiwanya diasuransikan berdasarkan Polis Induk dan namanya tercantum di dalam Bukti Kepesertaan.
 - Penerima Manfaat adalah badan/orang yang memiliki hubungan kepentingan (*insurable interest*) dengan Tertanggung dan ditunjuk untuk menerima Uang Pertanggungan apabila terjadi Peristiwa Yang Dipertanggungkan.
 - Masa Mempelajari Polis Induk adalah periode waktu tertentu terhitung sejak Tanggal Polis Induk diterima oleh Pemegang Polis Induk, yang diberikan kepada Pemegang Polis Induk untuk mempelajari dan memastikan bahwa isi dari Polis Induk yang diterbitkan tersebut telah sesuai dengan keinginan dan kebutuhan Pemegang Polis Induk, khususnya untuk Polis Asuransi Jiwa Berjangka Kumpulan yang memiliki periode lebih dari 1 (satu) tahun.
 - Masa Tunggu adalah jangka waktu menunggu yang ditetapkan oleh Penanggung untuk suatu keadaan tertentu sehubungan asuransi sebagaimana diatur dalam Polis Induk ini.
2. Keabsahan:
 - a. Dalam jangka waktu 2 (dua) tahun sejak Tanggal Polis Induk atau Tanggal Mulai Berlakunya Asuransi Jiwa Berjangka Kumpulan atau sejak tanggal pemulihan Polis Induk atau Pertanggungan Asuransi Jiwa Berjangka Kumpulan terakhir dipulihkan, tergantung mana yang paling akhir ("**Contestable Period**"), Penanggung berhak untuk meninjau ulang kebenaran atau keabsahan dari Polis Induk atau Pertanggungan Asuransi Jiwa Berjangka Kumpulan berdasarkan Dokumen Permohonan. Jika selama *Contestable Period*, Penanggung menemukan fakta bahwa informasi, jawaban, pernyataan dan/atau keterangan yang ada dalam Dokumen Permohonan ternyata tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini dan/atau tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya, maka Penanggung berhak untuk membatalkan sejak awal Polis Induk atau Pertanggungan Asuransi (baik secara keseluruhan atau terbatas pada Pertanggungan Tambahan jika ada) tanpa kewajiban untuk membayarkan Manfaat Asuransi apapun dan Penanggung akan mengembalikan Premi (atau Biaya Asuransi pertanggungan tambahan, sebagaimana relevan) yang telah dibayarkan setelah dikurangi dengan biaya internal pemeriksaan kesehatan (jika ada), Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan (jika ada) dan biaya-biaya yang timbul pada saat penerbitan Polis Induk dan Pertanggungan Asuransi Jiwa Berjangka Kumpulan (jika ada).
 - b. Penanggung berhak untuk mengakhiri Polis Induk atau Pertanggungan Asuransi Jiwa Berjangka Kumpulan tanpa kewajiban untuk mengembalikan Premi dan membayarkan Manfaat Asuransi apapun, baik selama *Contestable Period* maupun setelahnya, jika terdapat *Fraud* (yang tidak perlu dibuktikan oleh putusan pengadilan) atau kesalahan yang disengaja dalam pemberian informasi, jawaban, pernyataan dan/atau keterangan yang ada dalam Dokumen Permohonan atau penyembunyian informasi, jawaban, pernyataan, keterangan dan/atau data yang sebenarnya dalam Dokumen Permohonan.
 - c. Selain hak Penanggung untuk membatalkan atau mengakhiri Polis Induk atau Pertanggungan Asuransi Jiwa Berjangka Kumpulan sesuai dengan ketentuan ayat (1) dan (2) di atas, Penanggung juga berhak untuk melakukan salah satu atau lebih tindakan berikut ini, sesuai dengan ketentuan dan kebijakan Penanggung, apabila Penanggung menemukan bahwa informasi, jawaban, pernyataan dan/atau keterangan yang terdapat dalam Dokumen Permohonan tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini dan/atau tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya, yaitu:
 - i. Menolak setiap klaim yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi; dan/atau
 - ii. Menagih kembali sebagian atau semua Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan; dan/atau
 - iii. Melakukan tindakan hukum apapun terhadap pihak yang melakukan *Fraud*.
3. Prosedur, tata cara dan syarat:
 - o Pengajuan Klaim
 - a. Setiap pengajuan klaim pembayaran Manfaat Asuransi harus diajukan oleh Pemegang Polis Induk secara tertulis kepada Penanggung dengan disertai dokumen-dokumen penunjang klaim yang diminta oleh Penanggung dan harus diserahkan kepada Penanggung selambat-lambatnya 90 (sembilan puluh) Hari Kalender terhitung sejak tanggal terjadinya Peristiwa

Yang Dipertanggungkan.

- b. Pengajuan Klaim kepada Penanggung dilakukan dengan melengkapi dokumen sebagai berikut:

Dokumen pendukung sebagai persyaratan klaim **Meninggal Dunia** adalah sebagai berikut:

- 1) Formulir pengajuan Klaim Meninggal Dunia (asli) yang diisi Ahli Waris atau Penerima Manfaat; dan
- 2) Formulir Klaim Meninggal Dunia (asli) yang diisi dokter dari Tertanggung jika meninggal dunia di Rumah Sakit; dan
- 3) Fotokopi KTP Tertanggung dan Penerima Manfaat yang mengajukan klaim yang masih berlaku; dan
- 4) Fotokopi bukti hubungan keluarga Penerima Manfaat dengan Tertanggung berupa Kartu Keluarga atau Akta Lahir atau Akta Nikah; dan
- 5) Asli atau fotokopi legalisir Surat Keterangan Kematian dari instansi yang berwenang; dan
- 6) Asli atau fotokopi legalisir Akta Kematian dari Catatan Sipil; dan
- 7) Asli atau fotokopi legalisir Surat Keterangan Kematian dari Kepolisian apabila meninggal dunia karena Kecelakaan; dan
- 8) Surat Izin Mengemudi (SIM) yang sah dan valid (fotokopi) apabila meninggal dunia karena Kecelakaan lalu lintas dan Tertanggung sebagai pengemudi kendaraan pada saat terjadinya Kecelakaan; dan
- 9) Apabila Tertanggung meninggal dunia di luar wilayah Negara Republik Indonesia maka surat keterangan meninggal dunia harus dilegalisasi oleh Kedutaan Besar Republik Indonesia (KBRI) atau perwakilan negara Indonesia yang disetujui Penanggung; dan
- 10) Fotokopi buku tabungan atau rekening koran atas nama Penerima Manfaat yang memuat informasi nomor rekening dimana nomor rekening ini akan menjadi nomor rekening yang sah untuk digunakan sebagai pembayaran Manfaat Asuransi; dan
- 11) Surat Pengantar pengajuan klaim dari Pemegang Polis Induk; dan
- 12) Surat Keterangan atau dokumen lainnya yang dianggap perlu oleh Penanggung yang berkaitan dengan pengajuan klaim.

Dokumen pendukung sebagai persyaratan klaim **Cacat Tetap Total** dan/atau **Penyakit Terminal** adalah sebagai berikut:

- 1) Formulir pengajuan Klaim Cacat Tetap Total dan/atau Penyakit Terminal (asli) yang diisi Tertanggung; dan
- 2) Formulir Surat Keterangan Dokter / Resume Medis / Hasil Pemeriksaan Penunjang Medis Lainnya mengenai Cacat Tetap Total dan/atau Penyakit Terminal dan sebab-sebabnya; dan
- 3) Fotokopi KTP Tertanggung dan Penerima Manfaat yang mengajukan klaim yang masih berlaku; dan
- 4) Fotokopi bukti hubungan keluarga Penerima Manfaat dengan Tertanggung berupa Kartu Keluarga atau Akta Lahir atau Akta Nikah; dan
- 5) Fotokopi buku tabungan atau rekening koran atas nama Penerima Manfaat yang memuat informasi nomor rekening dimana nomor rekening ini akan menjadi nomor rekening yang sah untuk digunakan sebagai pembayaran Manfaat Asuransi; dan
- 6) Surat Pengantar pengajuan klaim dari Pemegang Polis Induk; dan
- 7) Surat Keterangan atau dokumen lainnya yang dianggap perlu oleh Penanggung yang berkaitan dengan pengajuan klaim.

o Mekanisme Pembayaran Klaim

Pembayaran klaim akan dilakukan selambat-lambatnya 14 (empat belas) Hari Kerja sejak Pemegang Polis Induk menerima konfirmasi klaim yang diajukan telah mendapatkan persetujuan dapat dibayarkan oleh Penanggung.

4. Ciputra Life akan menginformasikan segala perubahan atas manfaat, biaya, risiko, syarat dan ketentuan Produk dan Layanan ini melalui surat atau melalui cara-cara lainnya sesuai dengan syarat dan ketentuan yang berlaku. Pemberitahuan tersebut akan diinformasikan 30 hari sebelum efektif berlakunya perubahan.
5. Anda akan menerima penawaran produk lain, apabila menyetujui untuk membagikan data pribadi.
6. Informasi lain mengenai biaya, manfaat, dan risiko dapat diakses melalui website resmi www.ciputralife.com

Penting untuk Dibaca :

1. Perusahaan Asuransi dapat menolak permohonan produk Pemegang Polis Induk apabila tidak memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.
2. Pemegang Polis Induk harus membaca dengan teliti Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini dan berhak bertanya kepada pegawai Perusahaan Asuransi atas semua hal terkait Ringkasan Informasi Produk dan Layanan ini.
3. Ketentuan dan persyaratan dalam Ringkasan Informasi Produk ini dapat berubah sewaktu-waktu. Perubahan tersebut akan disampaikan melalui media informasi yang lazim dipergunakan untuk keperluan tersebut dan mudah diakses oleh calon Pemegang Polis Induk/Tertanggung dengan memperhatikan ketentuan perundang-undangan yang berlaku.
4. Produk asuransi ini telah disesuaikan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku, termasuk Ketentuan Peraturan OJK.