

## Pernyataan Tujuan Asuransi

### **(Khusus untuk Perusahaan sebagai calon Pemegang Polis dan Karyawan sebagai Calon Tertanggung)**

Dengan ini Saya, selaku wakil Calon Pemegang Polis yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : .....

Bertindak atas nama Perusahaan  
(selanjutnya disebut Perusahaan) : .....

Jabatan di Perusahaan : .....

menyatakan bahwa benar Calon Tertanggung yang namanya tercantum dalam daftar Terlampir bekerja pada Perusahaan yang tercantum di atas.

Tujuan penutupan asuransi atas Calon Tertanggung tersebut dalam daftar terlampir adalah:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Saya selaku wakil calon Pemegang Polis menyatakan bahwa :

1. Selama Calon Tertanggung masih bekerja pada Perusahaan ini, pembayaran Premi untuk Polis ini akan ditanggung oleh Perusahaan.
2. Jika Calon Tertanggung memutuskan untuk tidak bekerja lagi pada Perusahaan ini, maka selaku wakil Perusahaan, Polis Asuransi akan Saya hentikan dan nilai tunai akan diberikan kepada Perusahaan.

Tanggal .....

Saksi

Calon Pemegang Polis

( ..... )  
Tandatangan dan nama jelas

( ..... )  
Tandatangan, nama jelas dan stempel Perusahaan

#### **Lampiran:**

- Daftar nama karyawan Perusahaan yang menjadi Calon Tertanggung