

Formulir Tambahan SPAJ - Pembatalan SPAJ

PENTING:

Formulir ini merupakan satu kesatuan dan bagian yang tidak terpisahkan dari Surat Permintaan Asuransi Jiwa ("SPAJ") yang telah Saya/Kami sampaikan.

No. SPAJ :
Nama Calon Tertanggung Utama :
Nama Calon Pemegang Polis :
Nama Produk : MPHP

PEMBATALAN SPAJ

Perusahaan dapat membatalkan SPAJ jika terpenuhinya salah satu atau lebih kondisi sebagai berikut:

- Calon Pemegang Polis tidak atau belum melengkapi dokumen yang ditetapkan oleh Perusahaan dalam waktu 7 (tujuh) hari KALENDER; atau
- Calon Tertanggung tidak atau belum menjalani pemeriksaan kesehatan yang disyaratkan oleh Perusahaan dalam waktu 14 (empat belas) hari KALENDER; atau
- Calon Pemegang Polis belum melakukan pembayaran Premi dalam waktu 5 (lima) hari KERJA.

PERNYATAAN PEMBATALAN SPAJ

Saya/Kami menyatakan hal-hal sebagai berikut:

- Bahwa Saya/Kami telah membaca, mengerti dan memahami dasar pembatalan SPAJ di atas.
- Saya/Kami memberikan persetujuan kepada Perusahaan untuk membatalkan permintaan asuransi dengan nomor SPAJ tersebut di atas dalam hal terpenuhinya salah satu atau lebih kondisi yang menyebabkan batalnya SPAJ, sebagaimana tersebut diatas.
- Bahwa dalam hal Saya/Kami mengajukan permintaan asuransi kembali, maka pengajuan tersebut akan dianggap sebagai permohonan baru; dengan demikian Saya/Kami akan mengisi SPAJ baru dan mengikuti ketentuan underwriting yang berlaku.
- Membebaskan Perusahaan dari semua tuntutan atau biaya atau kerugian yang mungkin timbul akibat tindakan pembatalan yang dilakukan oleh Perusahaan yang diperkenankan untuk tujuan pembatalan SPAJ ini.

MOHON UNTUK DIBACA SEKALI LAGI DENGAN TELITI SEBELUM DITANDATANGANI

Ditandatangani di, 20.....

PERNYATAAN TENAGA PEMASAR/AGEN PENJUAL

Saya telah menjelaskan kepada Calon Pemegang Polis dan/atau Calon Tertanggung mengenai pembatalan permintaan asuransi atas produk yang disebut di atas.

Tanda tangan dan nama jelas Calon Pemegang Polis	Tanda tangan dan Nama Jelas Tenaga Pemasar/Agen Penjual