

PERNYATAAN WAITING PERIOD & PRE-EXISTING CONDITION



Saya sebagai Pemegang Polis yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Pemegang Polis : _____

Nomor SPAJ : _____

Saya yang bertandatangan di bawah ini menyatakan telah mendapatkan penjelasan dan memahami bahwa:

1. Waiting Period

Masa dimana manfaat pertanggungan tidak berlaku, yaitu:

- a. selama 30 (tiga puluh) hari kalender untuk klaim manfaat kesehatan
- b. selama 90 (sembilan puluh) hari kalender untuk klaim penyakit kritis

terhitung sejak Tanggal Mulai Pertanggungan dari pertanggungan tersebut atau sejak tanggal Pemulihan Polis disetujui dimana pertanggungan dipulihkan, tanggal mana yang paling akhir, kecuali dalam hal Kecelakaan tidak ada Masa Tunggu.

Masa tunggu khusus untuk penyakit yang disebutkan secara spesifik, mengacu pada ketentuan pertanggungan.

2. Pre-existing Condition

Manfaat Pertanggungan tidak berlaku apabila Tertanggung telah menderita penyakit/cedera yang terjadi:

- a. sebelum Tanggal Mulai Pertanggungan dan tidak menyampaikannya kepada Penanggung pada saat mengajukan Surat Permintaan Asuransi Jiwa (SPAJ), atau
- b. semenjak ditandatanganinya SPAJ hingga tanggal Polis diterbitkan, dan tidak menyampaikannya secara tertulis kepada Penanggung, atau
- c. sebelum tanggal disetujuinya perubahan/pemulihan polis dan tidak menyampaikannya kepada Penanggung pada saat mengajukan perubahan/pemulihan polis.

Ditandatangani di _____, tanggal _____

Pemegang Polis	Agen
_____ Tanda Tangan & Nama Jelas	_____ Tanda Tangan & Nama Jelas