

Surat Pernyataan dan Persetujuan Ahli Waris
(Untuk penunjukan Penerima Manfaat di luar Keluarga Inti/ Keluarga)

Yang bertanda-tangan di bawah ini:

Nama :
(sesuai KTP)
Alamat :
(sesuai KTP)
Pemegang KTP No. :
SPAJ/Polis No. :

adalah selaku Pemegang Polis (untuk selanjutnya disebut "**Saya**").

Dengan ini Saya menerangkan terlebih dahulu bahwa Surat Pernyataan dan Persetujuan Ahli Waris ini (selanjutnya disebut "**Surat Pernyataan**") diperlukan oleh PT AXA Financial Indonesia ("**AFI**") sebagai syarat pembelian produk asuransi AFI dan penunjukan Penerima Manfaat/Termaslahat yang [bukan dari keluarga inti/ yang tidak memiliki hubungan keluarga.]*

* pilih salah satu

Berdasarkan hal tersebut di atas, maka Saya dengan ini menyatakan dan menyetujui hal-hal sebagai berikut:

1. Saya dengan sadar dan tanpa paksaan dari pihak manapun, menunjuk Penerima Manfaat/Termaslahat sebagaimana disebutkan di bawah ini:

Nama :
(sesuai KTP)
Alamat :
(sesuai KTP)
Pemegang KTP No. :

Dalam hal ini berkedudukan sebagai
(isi dengan hubungan/*Insurable Interest* dengan Pemegang Polis).

Selanjutnya disebut sebagai Penerima Manfaat/Termaslahat.

2. Saya menunjuk Penerima Manfaat/Termaslahat dengan adanya kepentingan untuk mengasuransikan (*Insurable Interest*), yaitu..... yang memiliki hubungan sebagai.....dikarenakan tidak memiliki Keluarga Inti. [dicantumkan jika penunjukan Penerima Manfaat/Termaslahat bukan keluarga dan tidak memiliki keluarga inti].
3. Saya menjamin bahwa penunjukan Penerima Manfaat/Termaslahat ini sudah diketahui dan mendapat persetujuan dari Keluarga Inti (jika ada) dan tidak menimbulkan kerugian dan/atau mengurangi/menghilangkan hak dari pihak manapun. Oleh karenanya, Saya bersedia untuk tidak mencabut atau menarik kembali hal-hal yang dinyatakan di dalam Surat Pernyataan ini.

4. Saya bertanggung jawab dan membebaskan AFI dari segala keluhan, tuntutan, gugatan dan/atau permintaan ganti kerugian dari pihak manapun terkait penunjukan Penerima Manfaat/Termaslahat ini.
5. Saya bersedia untuk melengkapi, menandatangani serta menyerahkan dokumen-dokumen lainnya yang dipersyaratkan oleh AFI sehubungan dengan penunjukan Penerima Manfaat/Termaslahat ini.
6. Saya bersedia mengikuti ketentuan dan peraturan yang berlaku di AFI sehubungan dengan pelaksanaan Polis ini beserta dengan perubahan-perubahannya.
7. Saya memahami bahwa AFI dapat menyetujui penunjukan Penerima Manfaat/Termaslahat ini berdasarkan Surat Pernyataan ini, dan oleh karenanya dalam hal keterangan atau pernyataan yang Saya sampaikan di dalam Surat Pernyataan ini tidak benar atau dalam segala aspek salah dikarenakan alasan apapun, maka saya/kami melepaskan dan membebaskan AFI, karyawan AFI dan seluruh anggota direksi, komisaris, pemegang saham serta afiliasi AFI dan karyawannya dari setiap tuntutan, gugatan, permintaan ganti rugi, bunga, beban atau biaya-biaya apapun dari pihak-pihak yang merasa memiliki kepentingan atas manfaat Polis ini, dan saya/kami bersedia menanggung seluruh kerugian yang timbul dan diderita oleh AFI atau pihak-pihak yang dirugikan akibat dibuatnya Surat Pernyataan ini.

Demikian Surat Pernyataan ini saya/kami buat dengan sebenarnya, tanpa ada paksaan dari pihak manapun juga, agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Dibuat di

Tanggal

Saya/Pemegang Polis,

Meterai Rp. 10.000,-

(.....)

Nama jelas

Diketahui dan disetujui oleh

Ahli Waris,

Ahli Waris,

(.....)

Nama jelas

(.....)

Nama jelas

Saksi,

.....
Tenaga Pemasar

.....
Leader dari Tenaga Pemasar