



## Rechazo de Cobertura

Complete el formulario a continuación si usted, su cónyuge o cualquier dependiente rechaza / cancela la cobertura de la póliza. Se conservará una copia y la cobertura se considerará inválida, el cliente estará desde este momento sin cobertura. Rechazo de la cobertura para:

\_\_\_\_\_ Me \_\_\_\_\_ Cónyuge

Razón de la denegación:

\_\_\_\_\_ Precio

• Certifico que me dieron múltiples opciones de precio en el punto de venta (iniciales) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Encontré una oferta mejor:

• Certifico que le permití al agente ofrecer la misma / mejor oferta que la propuesta del competidor (iniciales) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ La cobertura no se explicó claramente en el punto de venta.

\_\_\_\_\_ Otro (explique)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Las siguientes declaraciones deben leerse en voz alta al cliente:

1. Usted reconoce que se le ha explicado completamente la cobertura disponible con respecto al precio, beneficio por fallecimiento y cualquier otra característica.

2. Usted rechaza toda la cobertura que se le ofrece en este momento a usted, a su cónyuge y a cualquier otra persona. miembros de la familia dependientes.

3. No se otorgará ningún beneficio en efectivo por fallecimiento debido a la negativa del cliente. No se pueden hacer reclamaciones por el cliente y / o la familia inmediata del cliente o parientes más cercanos que reclaman los ingresos del beneficio por fallecimiento. Al firmar a continuación, acepta los términos anteriores y rechaza la cobertura que se le presenta:

Firma del cliente \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del cónyuge \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del agente \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_