

FORMULIR PEMBAYARAN MANFAAT ASURANSI

Perlu diperhatikan :

1. Formulir Pembayaran Manfaat Asuransi ini wajib diisi oleh Pemegang Polis dengan tinta hitam, huruf cetak, jelas, dan tidak keluar dari kotak.
2. Memastikan Formulir Pembayaran Manfaat Asuransi ini telah diisi dengan huruf cetak secara lengkap, benar dan jelas sebelum ditandatangani.
3. Wajib menandatangani setiap koreksi penulisan (jika ada).
4. Setiap tandatangan dipastikan telah sesuai dengan tanda tangan pada Kartu Identitas.
5. Untuk proses pengajuan pembayaran Manfaat Asuransi, mohon Pemegang Polis melengkapi seluruh persyaratan dokumen dan menyerahkan ke Kantor Pusat PT Asuransi Jiwa BCA ("Penanggung"), sebagai berikut:
 - a. Formulir Pembayaran Manfaat Asuransi asli yang telah diisi lengkap dan jelas, serta telah ditandatangani oleh Pemegang Polis.
 - b. Fotokopi identitas diri Pemegang Polis yang masih berlaku.
 - c. Fotokopi Cover Buku Tabungan atau dokumen lain yang dikeluarkan oleh bank Pemegang Polis yang memuat informasi nomor rekening atau kartu kredit yang sah untuk digunakan sebagai pembayaran.
 - d. Dokumen pendukung lainnya yang relevan (jika diperlukan)

DATA POLIS ASURANSI

Nomor Polis Asuransi :

Nama Lengkap Pemegang Polis (Sesuai Identitas Diri yang Dilampirkan) :

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, setuju untuk proses pembayaran manfaat Asuransi Polis saya dilakukan dengan cara ditransfer ke nomor rekening dengan detail sebagai berikut :

Nama Lengkap Pemilik :

Rekening/Kartu Kredit :

Nomor Rekening/Kartu Kredit :

Nama Bank :

Cabang Bank :

KETENTUAN PEMBAYARAN MANFAAT ASURANSI

Saya Pemegang Polis memahami, menyetujui dan sudah mempertimbangkan risiko yang akan terjadi akibat dari Pembayaran Manfaat Asuransi serta bersedia mentaati ketentuan yang berlaku sebagai berikut:

1. Tanda tangan Pemegang Polis harus sama dengan spesimen tanda tangan yang terdapat pada Surat Pengajuan Asuransi Jiwa atau Formulir Perubahan Tanda Tangan (jika pernah mengajukan perubahan tanda tangan) yang terakhir diajukan dan telah disetujui untuk diproses oleh Penanggung.
2. Dalam hal dokumen pengajuan Pembayaran Manfaat Asuransi diterima oleh Penanggung tidak lengkap dan/atau tidak benar, maka pengajuan Pembayaran Manfaat Asuransi akan ditunda. Pengajuan Pembayaran Manfaat Asuransi akan diproses oleh penanggung setelah dokumen pengajuan diterima lengkap dan benar pada Kantor Pusat Penanggung.
3. Dalam hal formulir dan dokumen pengajuan telah diterima Penanggung namun dalam kondisi tidak lengkap dan/atau tidak benar, maka Pemegang Polis wajib melengkapi dokumen pengajuan dalam jangka waktu 30 (tiga puluh) hari kalender setelah informasi dokumen tidak lengkap dan/atau tidak benar dikirimkan oleh Penanggung kepada Pemegang Polis. Apabila dokumen pengajuan tidak dapat dipenuhi dalam jangka waktu dimaksud, maka Pengajuan dimaksud menjadi tidak berlaku dan Pemegang Polis dapat mengajukan formulir kembali.
4. Pengajuan Pembayaran Manfaat Asuransi akan mengikuti ketentuan yang berlaku dan dikenakan biaya sesuai dengan ketentuan Polis masing-masing produk.
5. Dana Manfaat Asuransi hanya dapat ditransfer ke rekening bank atas nama Pemegang Polis. Dalam hal dana Pembayaran Manfaat Asuransi digunakan untuk pembayaran premi Polis Asuransi lain, maka pembayaran tersebut hanya dapat ditujukan ke

Polis Asuransi atas nama Pemegang Polis, Tertanggung dan/atau Penerima Manfaat dari Polis Asuransi yang terdaftar pada Penanggung.

6. Pemegang Polis mengerti, segala akibat sehubungan dengan formulir ini sepenuhnya merupakan tanggung jawab Pemegang Polis.
7. Sejak tanggal pengajuan Pembayaran Manfaat Asuransi disetujui oleh Penanggung, maka Penanggung dibebaskan dari segala tanggung jawab, kerugian, sanksi, maupun tuntutan hukum dalam bentuk apapun dan dari manapun dikemudian hari.

[illegible]

Tanggal Pengajuan : - - (dd-mm-yy)

Pemegang Polis

(_____)

Tanda Tangan dan Nama Lengkap