

## 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. Pastikan Formulir Pembayaran Manfaat Asuransi ini telah diisi dengan lengkap, benar dan jelas sebelum ditandatangani.
3. Setiap koreksi penulisan (jika ada) wajib ditandatangani.
4. Untuk proses pengajuan Pembayaran Manfaat Asuransi dan/atau Perubahan Nomor Rekening/Kartu Kredit Pembayaran Manfaat Asuransi, mohon Pemegang Polis melengkapi seluruh persyaratan dokumen, memastikan dokumen yang disampaikan sesuai agar proses pengajuan berjalan lancar, 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. Dokumen nomor rekening dana atau kartu kredit:
    - i. Khusus pembayaran ke rekening dana : Fotokopi buku tabungan dan/atau rekening koran; atau
    - ii. Khusus pembayaran ke kartu kredit : Fotokopi kartu kredit; dan
    - iii. Dokumen lain yang dikeluarkan oleh bank yang memuat informasi nomor rekening atau nomor kartu kredit Pemegang Polis dimana nomor tersebut akan menjadi nomor yang sah untuk digunakan sebagai pembayaran.
  - d. Dokumen pendukung lainnya yang relevan (jika diperlukan).

## DATA POLIS ASURANSI

[illegible]

Nama Pemegang Polis (Sesuai :  
Identitas Diri yang Dilampirkan)

Nomor Handphone\* :

Email\* :

*\*Informasi Nomor Handphone dan Email akan digunakan sebagai penkinian data dan informasi pada sistem Penanqqung*

Jenis Pengajuan:

☐ Pengajuan Pembayaran Manfaat Asuransi☐ Perubahan Nomor Rekening/Kartu Kredit Pembayaran Manfaat Asuransi

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, setuju manfaat Polis saya di atas untuk dibayarkan ke rekening/kartu kredit sebagai berikut:

Nama Pemilik Rekening/Kartu Kredit\*\* :

[illegible][illegible][illegible]

**\*\*Nama Pemilik Rekening/Kartu Kredit harus sama dengan nama Pemegang Polis**

## KETENTUAN PEMBAYARAN MANFAAT ASURANSI

Saya Pemegang Polis memahami dan menyetujui 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. Pengajuan Pembayaran Manfaat Asuransi akan mengikuti ketentuan yang berlaku dan dikenakan biaya sesuai dengan ketentuan Polis (jika ada).
4. Pengajuan pembayaran Manfaat Asuransi yang telah disetujui oleh Penanggung tidak dapat dibatalkan.
5. Segala akibat sehubungan dengan formulir ini sepenuhnya merupakan tanggung jawab Pemegang Polis.
6. Pemegang Polis bertanggung jawab sepenuhnya atas kerugian, sanksi, maupun tuntutan hukum dalam bentuk apapun dan dari manapun dikemudian hari yang melibatkan Penanggung yang terbukti diakibatkan oleh Pemegang Polis pada pengajuan formulir ini.
7. Seluruh informasi yang diberikan oleh Pemegang Polis pada formulir ini beserta dokumen pendukung yang diberikan kepada Penanggung telah lengkap dan benar serta merupakan tanggung jawab Pemegang Polis sepenuhnya.

8. Penanggung akan membayarkan Manfaat Asuransi sesuai data dan informasi yang tercantum pada formulir ini dan dokumen pendukungnya.
9. Pembayaran Manfaat Asuransi yang dibayarkan ke Kartu Kredit akan menjadi penambahan saldo kartu kredit.

[illegible]

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

## Pemegang Polis

( \_\_\_\_\_ )  
Tanda Tangan dan Nama Lengkap