

FORMULIR PEMBAYARAN MANFAAT ASURANSI

Perlu diperhatikan :

- Semua pertanyaan harap dijawab dengan lengkap dan benar, dan beri tanda ✓ pada pilihan yang sesuai.
- Tidak menandatangani Formulir ini dalam keadaan kosong dan pastikan semua terisi lengkap dan benar sebelum menandatangani.
- Penulisan tanggal selalu menggunakan format tanggal-bulan-tahun.
- Apabila terjadi kesalahan penulisan, mohon tidak menghapus melainkan mencoret dan memberikan tanda tangan di sebelahnya.
- Untuk proses pengajuan Pembayaran Manfaat Asuransi dan/atau Perubahan Nomor Rekening Dana/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:
 - Asli Formulir Pembayaran Manfaat Asuransi yang diterbitkan oleh Penanggung yang telah diisi lengkap dan jelas, serta telah ditandatangani oleh Pemegang Polis.
 - Fotokopi identitas diri Pemegang Polis berupa KTP (khusus WNI) atau Paspor dan/atau KITAS (khusus WNA) yang dikeluarkan oleh lembaga atau instansi berwenang dan masih berlaku.
 - Dokumen nomor Rekening Dana atau Kartu Kredit:
 - Khusus pembayaran ke Rekening Dana : Fotokopi buku tabungan dan/atau rekening koran atas nama Pemegang Polis; atau
 - Khusus pembayaran ke Kartu Kredit : Fotokopi Kartu Kredit atas nama Pemegang Polis (sisi yang terdapat nama Pemegang Polis); dan
 - Dokumen lain yang dikeluarkan oleh bank yang memuat informasi nomor Rekening Dana atau nomor Kartu Kredit Pemegang Polis dimana nomor tersebut akan menjadi nomor yang sah untuk digunakan sebagai pembayaran Manfaat Asuransi.
 - Dokumen pendukung lainnya yang relevan (jika diperlukan).

DATA POLIS ASURANSI

Nomor Polis :

Nama Pemegang Polis :

Nomor Handphone* :

Email* :

*Informasi Nomor Handphone dan Email akan digunakan sebagai pengkinian data dan informasi pada sistem Penanggung

Jenis Pengajuan:

☐ Pengajuan Pembayaran Manfaat Asuransi

☐ Perubahan Nomor Rekening Dana/Kartu Kredit Pembayaran Manfaat Asuransi

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, setuju manfaat Polis saya di atas untuk dibayarkan ke Rekening Dana/Kartu Kredit sebagai berikut:

Nama Pemilik Rekening Dana/Kartu Kredit** :

Nomor Rekening Dana/Kartu Kredit :

Nama Bank :

Cabang Bank :

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

KETENTUAN PEMBAYARAN MANFAAT ASURANSI

Saya Pemegang Polis memahami dan menyetujui ketentuan yang berlaku sebagai berikut :

- 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.
- 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 di kemudian 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.

Ditandatangani di :

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

Pemegang Polis

(_____)
Nama Lengkap dan Tanda Tangan Sesuai KTP

