

## SURAT PERNYATAAN PENERIMAAN MANFAAT KLAIM DAN PELEPASAN HAK

Saya yang bertanda-tangan di bawah ini:

Nama :

Alamat :

Nomor KTP :

selaku Penerima Manfaat atau Ahli Waris dari Tertanggung tersebut di bawah ini:

Tertanggung :

Nomor Polis :

Nomor Sertifikat :

dengan ini menyatakan bahwa uang pembayaran Manfaat Asuransi akan Saya terima setelah Surat Pernyataan ini Saya tandatangi dan dikembalikan kepada PT Asuransi Jiwa BCA.

Manfaat Asuransi akan ditransfer melalui:

Bank :

Nomor Rekening :

Pemilik Rekening :

Jumlah Manfaat Asuransi : Rp

Terbilang :

Informasi jumlah Manfaat Asuransi di atas yang akan diberikan kepada Saya adalah benar, yang merupakan pembayaran atas Klaim produk asuransi untuk nomor Sertifikat tersebut di atas.

Selanjutnya Saya menyatakan bahwa pembayaran Manfaat Asuransi tersebut merupakan pembayaran yang penuh dan lunas atas Manfaat Asuransi dari Tertanggung tersebut di atas, dan oleh karenanya pembayaran Manfaat Asuransi tersebut juga merupakan pembebasan sepenuhnya terhadap PT Asuransi Jiwa BCA, perwakilan, tenaga penjual, karyawan, dan semua pihak yang memiliki atau dianggap memiliki hubungan dengan PT Asuransi Jiwa BCA atas segala tuntutan, baik dari yang bertandatangan di bawah ini, pihak keluarga atau dari pihak lain.

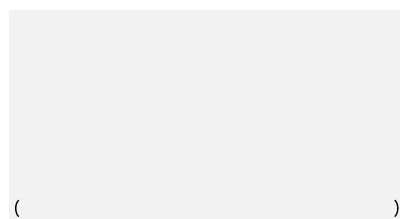
Pernyataan ini dibuat dan ditandatangani di \_\_\_\_\_ pada tanggal \_\_\_\_\_

Yang menyatakan,

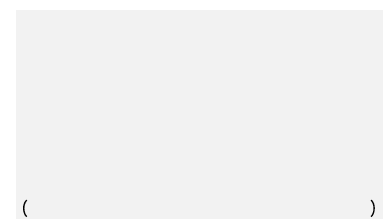
Saksi-saksi,

  
( \_\_\_\_\_ )

Nama Lengkap dan Tanda Tangan  
Penerima Manfaat

  
( \_\_\_\_\_ )

Nama Lengkap dan Tanda Tangan  
Saksi I

  
( \_\_\_\_\_ )

Nama Lengkap dan Tanda Tangan  
Saksi II