

## SURAT PERNYATAAN PEMBAYARAN MANFAAT ASURANSI Statement of Benefit Payment

Yang bertandatangan di bawah ini / *The undersigned:*

Nomor Polis :

*No. Policy*

Nama Pemegang Polis :

*Policy Holder Name*

Nama Tertanggung :

*The Insured Name*

Alamat :

*Address*

NO :  RT/RW  /

Kota / City  Kode Pos / Postal Code

No Telepon / Phone No. :

No. KTP / Identity No. :

Jenis Transaksi :

*Transaction Type*

Menyatakan bahwa terdapat perubahan nomor rekening dengan data sebagai berikut /  
*Stating that there is a change in the account number with the following data:*

Rekening Pada SPAJ :

*On SPAJ Account*

No Rekening :

*Account No.*

Nama Pemilik Rekening\* :

*Customer Name*

Bank :

Cabang / Branch :

Rekening yang akan digunakan untuk pembayaran Manfaat Asuransi / *Account that will be used for benefits payment:*

No Rekening :

*Account No.*

Nama Pemilik Rekening\* :

*Customer Name*

Bank :

Cabang / Branch :

Data rekening tersebut saya sampaikan dengan lengkap dan sebenar-benarnya. Apabila terdapat kekeliruan penulisan merupakan tanggung jawab saya dan membebaskan PT BNI Life Insurance dari segala tuntutan dan tanggung jawab atas kekeliruan tersebut.  
*The account information that i submitted is complete and true. If there is a mistake it will be my responsibility and freeing PT BNI Life Insurance from any claims and liability for the mistake.*

Ditanda tangani di:  Tanggal :  -  -

*Signed in* *Date*

Pemegang Polis / *Policy Holder*

Meterai  
Rp 6000,-

(Tanda tangan dan Nama)  
*Signature and Name*

Data yang tertera didalam Formulir pengajuan ini merupakan milik PT BNI Life Insurance, seluruh Pegawai dan Tenaga Pemasar diwajibkan menjaga keamanan data dan tidak diperkenankan untuk melakukan publikasi maupun penyebaran data diluar sepengetahuan dan perizinan dari PT BNI Life Insurance. Jika formulir ini diketahui tercecer maupun tidak tersimpan dalam kondisi aman, mohon untuk dapat memberitahukan ke PT BNI Life Insurance melalui e-mail : [care@bni-life.co.id](mailto:care@bni-life.co.id) atau hubungi (021) 1 500 045  
*The data contained in this application form is owned by PT BNI Life Insurance, all Employee and entire Marketers are required to maintain the data security and are not allowed to publish and disseminate of knowledge and licensing of data outside of PT BNI Life Insurance. If this form is scattered and not stored in a safe condition, please inform PT BNI Life Insurance through E - mail : [care@bni-life.co.id](mailto:care@bni-life.co.id) or call ( 021 ) 1 500 045*