

FORMULIR PEMBAYARAN MANFAAT POLIS Payment Policy Benefits Application Form

Jangan menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong / Do not sign this form in the empty state
Mohon mengisi dengan lengkap dengan menggunakan tinta hitam, huruf cetak, jelas dan memberikan tanda X pada kotak jawaban yang sesuai /
Please fill out completely by using black ink, capital letters, clear and an "X" in the appropriate answer box

Yang bertandatangan di bawah ini / *The undersigned:*

Nama Pemegang Polis :

Policy Holder Name

Nama Tertanggung :

The Insured Name

Nomor Polis :

Policy Number

Alamat Saat ini :

Current Address

Kota / City : No.: RT/RW /

Kode Pos / Postal Code :

Nomor Telepon : Rumah / - Kantor / -

Phone Number Resident Office

HP :

Email :

Dengan ini mengajukan permohonan perubahan Polis sebagai berikut: (pilih dan beri tanda X)

Hereby applying this policy change as follows: (Choose and mark "X")

Tahapan Phases Pengembalian Titipan Premi Premium Deposits Refund Lain-lain Other

Akhir Kontrak End of Contract Kelebihan Pembayaran Premi Excess Premium Payment

Bunga Masa Jaminan Investasi Interest of Investment Guarantee

Mata Uang / Currency: Rupiah US Dollar

Terbilang / Amount :

Pembayaran atas Pengambilan Manfaat di / *Payments of Benefits Taking*

Ditransfer ke / *Transfer to* Mata Uang : Rp US Dollar

Currency

Nomor Rekening :

Account Number

Nama Pemilik Rekening* :

Customer Name

Nama Bank :

Bank Name

Cabang :

Branch

*Rekening wajib atas nama Pemegang Polis, jika ditransfer ke Tertanggung / Ahli waris wajib melampirkan surat kuasa beserta fotocopy identitas diri
Mandatory Account on behalf of the policy holder, if transferred to the Insured/beneficiary account shall attach authorization letter with copy of identity

Untuk Pembayaran Premi/Top Up Sekaligus :

For Premium Payment / Top Up Single

Nomor Polis :

Policy Number

Nama Pemegang Polis :

Policy Holder Name

Premi (RP / USD) :

Premium

Dengan ini saya menyatakan bahwa / *Hereby stated that:*

- Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti, menjawab dan mengisi pernyataan-pernyataan pada Formulir Pengajuan Pembayaran Manfaat Polis ini dengan lengkap dan benar serta menyerahkan kepada PT BNI Life Insurance (Selanjutnya disebut Penanggung)
I certify that I have read, understand, answer and fill in the statements on the Payment Policy Benefits Application Form is complete and correct and submit to PT BNI Life Insurance (herein after as the Insurer)
- Bahwa seluruh jawaban/informasi/keterangan telah dibaca dan diperiksa kembali kebenarannya sebelum menandatangani Formulir Pengajuan Pembayaran Manfaat Polis ini, sehingga saya bertanggungjawab atas segala isinya. Apabila terdapat keterangan yang tidak benar, maka saya akan tunduk pada Ketentuan Polis ini serta saya memahami bahwa jawaban dan keterangan tersebut di atas menjadi pertanggungjawaban dan tidak terpisahkan dari Polis.

That all answers / information / statements has been read and reviewed the truth before signing this Payment Policy Benefits Application Form, so I am responsible for everything in it. If there is information that is not true, then I would be subject to the Terms of this policy and I understand that the answer to the description above and be accountable and inseparable from the policy.

- Saya menyatakan bahwa benar pengajuan atas transaksi ini diisi dan ditandatangani oleh saya sebagai Pemegang Polis. Jika di kemudian hari timbul klaim atas proses transaksi ini, maka saya memberikan pembebasan sepenuhnya kepada PT BNI Life Insurance dari segala kewajiban-kewajiban yang berhubungan dengan Manfaat Polis ini, sehingga saya bertanggjawab atas segala isinya. Apabila terdapat keterangan yang tidak benar, maka saya akan tunduk pada Ketentuan Polis ini serta saya memahami bahwa jawaban dan keterangan tersebut di atas menjadi pertanggungjawaban dan tidak terpisahkan dari Polis.

I certify that the above is true submission of this transaction completed and signed by me as the policyholder. If at a later date the claim arose on this transaction process, then I fully discharges the PT BNI Life Insurance of all obligations relating to the policy and will not file claims in any form at a later date either from me or from the anywhere.

MENYETUJUI / Agree

1 Proses pembayaran akan dilakukan bila surat persetujuan asli telah diterima / *The payment will be done if the original approval letter has been received*

2 Jika terdapat perbedaan nama Pemegang polis pada rekening Pembayaran Manfaat Polis dengan nama Pemegang Polis sebagaimana tercantum dalam buku Polis, harap berikan penjelasan dan melampirkan dokumen pendukung jika diperlukan

If there are differences in the account name of Policyholders Payments Policy Benefits Policyholder name as listed in the policy, please provide an explanation and attach supporting documents if necessary

3 Penanggung berhak untuk meminta dokumen pendukung tambahan jika diperlukan dan apabila Pemegang Polis tidak/belum melengkapi dokumen sebagaimana diminta oleh Penanggung, maka proses akan ditangguhkan hingga semua dokumen yang diminta sudah lengkap.

Insurers have the right to request additional supporting documents if necessary and if the policy holder is not / has not completed sebagaimana documents requested by the Insurer, then the process will be suspended until all required documents are complete.

Ditandatangani di:

Signed at

Tanggal : - -

Date

Pemegang Polis / Policy Holder

Mengetahui / Acknowledged:

Nama & Kode Agen/BAS

Name & Code of Agent/BAS

(Tanda tangan dan Nama)

Signature and Name

Tanda Tangan Agen / BAS:

Signature

Untuk Pembayaran yang bukan di tujuakan ke Rekening Pemegang Polis , wajib mengisi Surat Kuasa /

For payments that are not addressed to the Policyholder Account, must fill out a Power of Attorney

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 tercecceer maupun tidak tersimpan dalam kondisi aman, mohon untuk dapat memberitahukan ke PT BNI Life Insurance melalui E-mail : 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 or call (021) 1 500 045

Lihat halaman belakang / See rear page