

## FORMULIR NO CLAIM BONUS

- Harap mengisi dengan menggunakan tinta warna hitam, huruf cetak dan tulisan tidak keluar dari kotak, jelas dan memberi tanda (√) pada kotak jawaban yang sesuai.
- Harap tidak menandatangani Formulir ini dalam keadaan kosong dan pastikan semua pertanyaan telah diisi dengan lengkap dan benar sebelum menandatangani.
- Jika terjadi kesalahan dalam pengisian formulir, tidak perlu dihapus tetapi dicoret dan diberi paraf disebelah coretan.

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nomor Polis	<input type="text"/>
Nama Pemegang Polis	<input type="text"/>
Nama Tertanggung	<input type="text"/>
Tanggal Mulai Asuransi	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (Tgl/Bln/Tahun)
Tanggal Berakhir Asuransi	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (Tgl/Bln/Tahun)

Dengan ini mengajukan Permohonan Manfaat **No Claim Bonus** dengan melampirkan persyaratan:

1. Formulir *No Claim Bonus* yang telah di isi dengan lengkap dan benar;
2. Fotokopi KTP yang masih berlaku;
3. Fotokopi buku rekening Bank Pemegang Polis.

Pembayaran atas Manfaat No Claim Bonus dilakukan dengan cara transfer:

PT. Bank Rakyat Indonesia (Persero) Tbk

Kanca / KCP / Unit	<input type="text"/>
Nomor Rekening	<input type="text"/>
Atas Nama	<input type="text"/>

**\*) Rekening Penerima selain pemegang polis harus melampirkan Surat Kuasa bermaterai**

Dengan berakhirnya masa asuransi atau dibayarkan Manfaat No Claim Bonus tersebut di atas , maka kewajiban BRI LIFE terhadap saya, berdasarkan polis tersebut telah berakhir, dan saya memberikan pembebasan sepenuhnya kepada BRI LIFE dari segala kewajiban yang berhubungan dengan polis tersebut serta tidak akan mengajukan tuntutan dalam bentuk apapun di kemudian hari, baik dari saya maupun dari pihak lain.

Petugas Asuransi	
<input type="text"/>	
Nama Jelas	
Tempat	:
Tanggal	: ___/___/___

Pemegang Polis	
<input type="text"/>	
Nama Jelas	
Tempat	:
Tanggal	: ___/___/___