



PT. Asuransi BRI Life  
Gedung Graha Irama, lantai Mezzanine, Jl. H.R. Rasuna Said Blok X - 1 Kav. 1 - 2 Jakarta 12950  
Telp. (021) 5261260 - 61 (hunting), Fax (021) 51400806, website brilife.co.id

**SURAT KUASA**  
**PENERIMA PEMBAYARAN MANFAAT ASURANSI**

Kami, yang bertandatangan dibawah ini :

No	Nama	No. KTP	Tempat/ tgl Lahir	Hubungan	No.Tlp/Handpone ( Wajib di isi )
1					
2					
3					
4					
5					

Adalah selaku Penerima Manfaat Polis No. .... Atas Nama Tertanggung.....  
Selanjutnya disebut Pemberi Kuasa, Dalam hal Penerima Manfaat Asuransi terhadap Polis tersebut diatas, maka dengan ini  
Memberikan Kuasa kepada :

Nama : \_\_\_\_\_  
Tempat dan Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_ -  -  -   
No. KTP : \_\_\_\_\_  
Alamat : \_\_\_\_\_

Untuk dan atas nama Pemberi Kuasa dengan ini Penerima Kuasa berwenang untuk :

- 1 Mengajukan Manfaat Asuransi Atas nama Polis tersebut diatas
- 2 Mengisi formulir Pengajuan Klaim Manfaat Asuransi
- 3 Menerima Pembayaran Manfaat Asuransi dari BRI Life pada Rekening :  
Atas Nama : \_\_\_\_\_  
No. Rekening : \_\_\_\_\_  
Nama Bank : \_\_\_\_\_  
Cabang : \_\_\_\_\_
- 4 Melakukan tindakan lainnya sehubungan adanya Pemberian Kuasa ini
- 5 Penerima Kuasa akan bertanggungjawab atas Penerimaan Manfaat Asuransi kepada para Pemberi Kuasa.

Demikian Surat Kuasa ini dibuat ditandatangani dan bermaterai cukup untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya, tidak dapat di limpahkan dan akan berakhir setelah Manfaat Asuransi dibayarkan oleh BRI Life, dan BRI Life dibebaskan dari segala tuntutan dari Pihak manapun.

Tempat /Tanggal, .....

Pemberi Kuasa

Penerima Kuasa

Materai Rp. 6.000

1 .....  
2 .....  
3 .....  
4 .....  
5 .....

(.....)

Catatan :

- Para Pihak Wajib melampirkan fotokopi Kartu Tanda Penduduk dan Kartu Keluarga
- Penerima Kuasa harus salah satu dari Penerima Manfaat Asuransi di atas