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

FORMULIR *NO CLAIM BONUS*

- Harap mengisi dengan menggunakan tinta warna hitam, huruf cetak dan tulisan tidak keluar dari kotak.
- Harap tidak menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong dan pastikan semua telah di isi dengan lengkap dan benar sebelum menandatanganinya
- Jika terjadi kesalahan dalam pengisian formulir, tidak perlu dihapus tetapi dicoret dan beri paraf disebelah coretan.

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nomor Polis

Nama Pemegang Polis

Nama Tertanggung

Tanggal Mulai Asuransi Tgl Bln Thn

Tanggal Akhir Asuransi Tgl Bln Thn

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

1. Formulir *No Claim Bonus* yang telah diisi dengan lengkap dan benar;
2. Polis Asli beserta perubahan (Addendum) Polis terakhir;
3. Fotokopi KTP yang masih berlaku;
4. Fotokopi buku Rekening Bank Pemegang Polis.

Pembayaran atas Manfaat ***No Claim Bonus*** dilakukan dengan cara transfer :

Nama Bank

Kanca/ KCP/ Unit

Nomor Rekening

Atas Nama

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

Dengan berakhirnya masa asuransi atau dibayarkannya Manfaat No Claim Bonus tersebut diatas, 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.

Pemegang Polis	Petugas Asuransi
(_____)	(_____)
Tanda tangan & Nama Jelas	Tanda tangan & Nama Jelas
Tempat :	Tempat :
Tanggal : ____/_____/_____	Tanggal : ____/_____/_____