

FORMULIR PENCETAKAN ULANG Polis atau Kartu Kesehatan

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Pemegang Polis: _____

Nomor Polis : _____

Polis Awal Diterima : ☐ Hardcopy ☐ Softcopy

Dengan ini mengajukan : *Pilih sesuai pengajuan

☐ Cetak Ulang Polis

*Biaya cetak sesuai dengan ketentuan Polis

☐ Cetak Ulang Kartu Kesehatan

*Harga cetak ulang Rp 100.000,- dan hanya untuk produk kesehatan

Alasan Cetak Ulang : ☐ Belum terima polis/kartu ☐ Polis/Kartu Hilang

No Rekening Transfer (VA) : _____

*Harap menghubungi customer care 1-50045 untuk mengetahui no VA

Saya lampirkan kelengkapan berkas :

☐ Salinan (Copy) KTP Pemegang Polis

*Salinan (copy) harus jelas dan dapat terbaca

☐ Bukti Bayar

*Salinan (copy) harus jelas dan dapat terbaca

☐ Surat Kehilangan Kepolisian Asli

*Wajib dilampirkan bila polis hilang

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 Polis tersebut serta tidak akan mengajukan tuntutan-tuntutan dalam bentuk apapun di kemudian hari baik dari saya maupun dari pihak manapun.

Ditanda tangani di : _____

Tanggal : ____ , ____ , _____

Pemegang Polis,

(Tanda tangan dan Nama Jelas)