BNI Life

FORMULIR PENGAJUAN KLAIM 25 MENIT

Mohon tidak menandatangani Formulir ini dalam keadaan kosong dan mengisi dengan menggunakan tinta hitam, jelas dan memberi tanda √ pada kotak jawaban yang sesuai, jika terjadi salah penulisan, mohon dikoreksi dengan dicoret dan bubuhkan tanda tangan Pemegang Polis di sebelahnya sesuai dengan form spesimen tanda tangan. Harap melengkapi seluruh persyaratan yang tertera pada formulir untuk mempercepat proses pengajuan Anda.

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

1. Nama Pemegang Polis :
2. Nomor Polis :
3. Nama Produk Yang Diambil :
4. Jenis Klaim :

   ☐ Rawat Inap ☐ Rawat Jalan ☐ Rawat Gigi ☐ Rawat Lahir ☐ Kacamata ☐ Lain-lain

5. Nominal Klaim Diajukan :
6. Alamat Peserta :

   No. RT RW

   Kota Kode Pos

7. No Telepon : Rumah - Kantor -

   Hp

8. Alamat *email* :

9. Bank / Cabang* : No. Rekening

   Atas Nama

   *Khusus Bank penerima selain BNI, biaya akan diambil dari nilai klaim yang dibayarkan

10. Hubungan Dengan Tertanggung :

Ditandatangani di Kota Tanggal / / *tgl/bln/thn*

Tanda Tangan Pemegang Polis

(_____)
Tanda tangan & nama jelas