

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) : _____

*Hubungi customer care 1-500045 atau menggunakan bPos 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 mengetahui dan menyetujui bahwa Semua Informasi terkait data pribadi pada formulir ini akan diproses, disalin, disimpan, dan digunakan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku dan ketentuan yang berlaku di PT BNI Life Insurance.

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)