

FORMULIR PENGGANTIAN BIAYA MEDIS

DATA (CALON) PEMEGANG POLIS / (CALON) TERTANGGUNG

Nomor SPAJ/Polis Asuransi:	<input type="text"/>
Nama Lengkap (Calon) Pemegang Polis:	<input type="text"/>
Nama Lengkap (Calon) Tertanggung:	<input type="text"/>
Jenis Medis:	1. <input type="text"/>
	2. <input type="text"/>
	3. <input type="text"/>
	4. <input type="text"/>
Total Biaya Medis Yang Diajukan:	Rp. <input type="text"/>

Mohon pengajuan Penggantian Biaya Medis ditransfer ke rekening yang tercantum di bawah ini:

Nama Pemilik Rekening:	<input type="text"/>
Nomor Rekening:	<input type="text"/>
Nama Bank:	<input type="text"/>
Nama Cabang:	<input type="text"/>

PERNYATAAN

Dengan ini Saya selaku (Calon) Pemegang Polis, menyatakan bahwa Saya telah mengisi Formulir Penggantian Biaya Medis ini dengan sebenarnya dan selengkap-lengkapnyanya. Apabila dikemudian hari diketahui pengisian data untuk (Calon) Pemegang Polis dan/atau (Calon) Tertanggung tidak benar, maka akan menjadi tanggung jawab Saya sebagai (Calon) Pemegang Polis dan/atau (Calon) Tertanggung.

Ditandatangani di: <input type="text"/>	Tanggal: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (dd/mm/yyyy)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
(Nama Lengkap & Tanda Tangan (Calon) Pemegang Polis	(Nama Lengkap & Tanda Tangan (Calon) Tertanggung

Dilengkapi oleh petugas *Medical Provider* PT Asuransi Jiwa BCA

Kelengkapan Dokumen:	Lengkap/Tidak Lengkap* (Coret salah satu)
Biaya Medis Yang Disetujui:	Rp. <input type="text"/>
Keterangan:	<input type="text"/>

Disetujui oleh:	<input type="text"/>
(Nama Lengkap & Tanda tangan Petugas <i>Medical Provider</i>	