

FORMULIR PERMINTAAN SALINAN HASIL MEDIS

DATA (CALON) PEMEGANG POLIS / (CALON) TERTANGGUNG

Nomor SPAJ/Polis Asuransi:

Nama Lengkap (Calon) Pemegang Polis:

Nama Lengkap (Calon) Tertanggung:

DATA PEMERIKSAAN

Nama Tempat Pemeriksaan:

Alamat Tempat Pemeriksaan:

Tanggal Dilakukan Pemeriksaan: / / (dd/mm/yyyy)

Mohon salinan hasil Medis ini dapat dikirimkan melalui: Surat menyurat Email

PERNYATAAN

Dengan ini Saya selaku (Calon) Pemegang Polis, menyatakan bahwa Saya telah mengisi Formulir Permintaan Salinan Hasil Medis ini dengan sebenar-benarnya 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: Tanggal: / / (dd/mm/yyyy)

()

Nama Lengkap & Tanda Tangan
(Calon) Pemegang Polis

()

Nama Lengkap & Tanda Tangan
(Calon) Tertanggung

Kolom tanda tangan (Calon) Tertanggung ditandatangani, jika berbeda dengan (Calon) Pemegang Polis