

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 E-mail
(Harap mengisi kolom di bawah ini untuk alamat pengiriman)

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