

Formulir Pendaftaran HOSPITAL PLUS

Program Pilihan

 Silver Gold Platinum Diamond

Data Diri Pemegang Kartu

Nama : L P

Alamat :

Kota : Kode Pos :

Telepon : (Rumah) (Kantor)
(Hp)

Fax : E-mail :

Tgl. Lahir : Pekerjaan :

Anggota Keluarga yang Diikutsertakan

	Nama	L/P	Tanggal Lahir
Istri/Suami
Anak

Data Pengembalian Premi

Atas Nama :

Nomor A/C :

Bank, Cabang, Kota :

Keterangan & Pernyataan Pemegang Kartu

No. Kartu Visa MasterCard BCA Card JCB Bank Penerbit : Beraku hingga /

Pernyataan & Kuasa

1. Saya memberikan kuasa kepada PT. Bank Central Asia Card Center untuk menagih premi awal dan lanjutan ke rekening Visa/ MasterCard/ BCA Card/ JCB Card Saya setiap bulan.
2. Pemberian kuasa ini dapat saya batalkan sewaktu-waktu dengan pemberitahuan tertulis kepada PT. Asuransi Winterthur Life Indonesia dan pembatalan menjadi efektif pada saat pemberitahuan balik.
3. Bila tidak ada pemberitahuan balik tersebut berarti polis Saya secara otomatis diperpanjang.
4. Saya menyetujui bahwa setiap ulang tahun polis apabila Saya tidak mengajukan klaim maka pengembalian premi sebesar 30% bila polis tidak diperpanjang dan 40% bila polis diperpanjang, akan ditransfer ke nomor rekening yang Saya tunjuk dalam Data Pengembalian Premi. Data tersebut akan tetap digunakan sampai ada pemberitahuan perubahan data dari Saya.

Tanda tangan Pemegang Kartu

Tanggal/ Bulan/ Tahun