

Formulir Pendaftaran SENIOR HOSPITAL+

Program Pilihan

 Silver Gold Diamond

Data Pemegang Kartu

Nama :
Alamat :
Kota :
Kode Pos :
Telepon : (Kantor) (Rumah)
(Hp)
Email :
Tgl. Lahir :

Data Tertanggung yang Diikutsertakan

Tgl Lahir

Diri Sendiri :
Suami / Istri : / /
Ayah Kandung : / /
Ibu Kandung : / /
Ayah Mertua : / /
Ibu Mertua : / /

Data Penerima Manfaat

(yang ditujukan untuk menerima Uang Pertanggungan bila
Tertanggung meninggal dunia)

Nama :
Hubungan :

Data Pemegang Kartu

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

Pernyataan & Kuasa

1. Saya menyatakan bahwa seluruh keterangan diatas adalah lengkap dan benar adanya, dan, bahwa Saya yang memohon asuransi saat ini berada dalam keadaan sehat jasmani & rohani, dan bahwa keterangan ini merupakan dasar bagian yang tidak terpisahkan dari polis. Saya pun menyadari bahwa bila keterangan tersebut tidak benar, maka PT. Asuransi Winterthur Life Indonesia berhak sepenuhnya untuk membatalkan perjanjian pertanggungan ini tanpa kewajiban membayar kembali premi atau jumlah apapun.
2. Saya memberikan Kuasa kepada PT. Bank Central Asia untuk menagih premi awal dan lanjutan melalui pendebitan kartu kredit Visa/MasterCard/BCA Card/JCB Card Saya setiap bulan. Apabila terjadi perubahan pada kartu kredit tersebut, maka Saya wajib memberitahukan kepada PT. Asuransi Winterthur Life Indonesia dan karenanya Saya memberi kuasa untuk mendebet kartu kredit Saya yang baru guna membayar premi.
3. Pemberian kuasa ini dapat Saya batalkan sewaktu-waktu dengan pemberitahuan tertulis kepada PT. Asuransi Winterthur Life Indonesia dan pembatalan menjadi efektif pada saat Saya menerima surat pembatalan polis sebagai konfirmasi, bila tidak, berarti polis Saya secara otomatis diperpanjang.

Tanda tangan Pemegang Kartu

Tgl/ Bln/ Thn