

Formulir Aplikasi Hospital Guarantee



I. Nama pemohon sesuai Paspor

No. Paspor pemohon Tanggal Lahir / /

Kewarganegaraan Jenis Kelamin Pria Wanita

Status Perkawinan Tidak Menikah Menikah

Alamat Rumah

Nomor Telepon Rumah HP Kantor E-mail

No. Rekening Bank BNI

Jumlah Yang Akan Diblokir

Rumah Sakit Yang Dituju

II. Detail pasien harus diisi bila pemohon menjamin pembayaran Rumah Sakit atas nama pasien

Nama Pasien sesuai Paspor

No. Paspor Pasien Jenis Kelamin Pria Wanita

No. ID Rumah Sakit Pasien Hubungan Dengan Pemohon

Pernyataan dan Persetujuan

Dengan menandatangani Aplikasi Permohonan ini, saya menyatakan dan menyetujui hal-hal berikut:

- Memberi kuasa kepada PT. BANK NEGARA INDONESIA (PERSERO) TBK (BNI) untuk memblokir sejumlah dana sebagaimana tersebut di atas (untuk selanjutnya disebut dengan "Dana Blokir"), dimana Dana Blokir tersebut ditujukan semata-mata hanya untuk pembayaran biaya pengobatan dan biaya rumah sakit saya (untuk selanjutnya disebut dengan "Biaya Pengobatan"), serta biaya-biaya lain yang timbul sehubungan dengan pengobatan tersebut.
- Memerintahkan kepada PT. BANK NEGARA INDONESIA (PERSERO) TBK Cabang Singapura (BNIS) untuk mengkonversikan Dana Blokir tersebut ke suatu jumlah dalam mata uang Dollar Singapura (SGD) atau Ringgit Malaysia (MYR), dengan tujuan untuk menerbitkan Hospital Guarantee kepada rumah sakit sebagaimana yang ditentukan di atas (untuk selanjutnya disebut dengan "Rumah Sakit").
- Memerintahkan kepada BNIS untuk menerbitkan Hospital Guarantee kepada Rumah Sakit, dalam suatu jumlah mata uang SGD atau MYR tersebut di atas (untuk selanjutnya disebut dengan "Nominal Hospital Guarantee"), yang merupakan jumlah maksimum yang akan menjadi tanggungjawab BNIS selaku penerbit Hospital Guarantee. Saya memahami dan menyetujui bahwa nilai tukar yang akan diberlakukan oleh BNIS dalam menentukan Nominal Hospital Guarantee ini merupakan nilai tukar SGD atau MYR terhadap Rupiah yang berlaku di BNIS pada saat Hospital Guarantee diterbitkan ditambah sebesar 10% (sepuluh persen) untuk mengantisipasi fluktuasi pasar dari nilai tukar SGD atau MYR terhadap Rupiah.
- Menyetujui bahwa BNIS tidak bertanggung jawab untuk melakukan pengecekan maupun pencocokan jumlah yang tepat dan benar atas tagihan Biaya Pengobatan saya dari Rumah Sakit, dan dengan ini memberikan kuasa kepada BNIS untuk mendebet rekening saya yang terblokir dalam jumlah yang ekuivalen, dengan menggunakan nilai tukar yang berlaku di BNIS pada saat pembayaran akan dilakukan, untuk pembayaran Biaya Pengobatan dan biaya-biaya lain yang timbul sehubungan dengan pengobatan tersebut BNIS akan membayar Biaya Pengobatan saya kepada Rumah Sakit setelah BNIS menerima tagihan dari Rumah Sakit.
- Membebasakan BNIS dari segala tuntutan, biaya dan tanggung jawab dalam bentuk apapun, dan dalam menangani dan mengurus hal-hal apapun (termasuk dalam hal terjadi sengketa, biaya, dan lain-lain) yang berhubungan dengan Biaya Pengobatan saya, saya akan berhubungan langsung dengan Rumah Sakit.
- Memberikan kuasa kepada BNIS untuk membuka blokir atas rekening saya apabila Hospital Guarantee yang diterbitkan masa berlakunya telah berakhir, yaitu telah lewat 1 (satu) tahun sejak tanggal diterbitkannya Hospital Guarantee (untuk selanjutnya disebut dengan "Tanggal Daluwarsa"), dan Hospital Guarantee tidak digunakan oleh saya. Sebagai bukti saya tidak menggunakan Hospital Guarantee, saya akan mengembalikan asli dari Hospital Guarantee kepada BNI.
- Menyetujui untuk membayar biaya penerbitan Hospital Guarantee sebesar lima puluh SGD (SGD 50.00) atau seratus lima puluh MYR (MYR 150.00) dengan rate tetap yang ditentukan oleh BNIS, yang akan dikenakan pada rekening saya yang terblokir.
- Menyetujui untuk membayar biaya sebesar tiga puluh SGD (SGD 30.00) atau sembilan puluh MYR (MYR 90.00) dengan rate tetap yang ditentukan oleh BNIS, yang akan dikenakan pada rekening saya yang terblokir, apabila setelah Hospital Guarantee telah diterbitkan oleh BNIS saya membatalkan Hospital Guarantee tersebut, atau apabila Hospital Guarantee telah Daluwarsa. Saya mengerti dan menyetujui bahwa Hospital Guarantee tidak dapat dibatalkan apabila saya telah menunjukkan Notification Letter yang diterbitkan oleh BNI kepada Rumah Sakit, yang akan digunakan untuk memfasilitasi pendaftaran pengobatan saya di Rumah Sakit.
- Menjamin dan menyatakan kepada BNI bahwa keterangan dan informasi apapun yang diberikan oleh saya kepada BNI dalam hal ini adalah sebenar-benarnya dan dapat dipertanggungjawabkan.
- Formulir Aplikasi ini merupakan satu kesatuan yang tidak terpisahkan dari Notification Letter dan Hospital Guarantee.

Tanda tangan / Tanggal

Untuk Keperluan Bank :

	Diproses	Diverifikasi	Disetujui
Kode Cabang			
Tanggal / Jam			
Nama dan No. Staf			
Tanda tangan			