

FORMULIR PENGAJUAN ASURANSI PENDIDIKAN

(Diisi oleh Pemegang Polis/Tertanggung)

Agar mempercepat proses klaim, harap semua pertanyaan di bawah ini dijawab dengan benar, lengkap dan jelas

Yang bertandatangan di bawah ini :

Data Pemegang Polis & Tertanggung

Nama Pemegang Polis	:	<input type="text"/>	Jenis Kelamin :	<input type="checkbox"/> Pria	<input type="checkbox"/> Wanita
Nama Tertanggung	:	<input type="text"/>	Jenis Kelamin :	<input type="checkbox"/> Pria	<input type="checkbox"/> Wanita
Nomor Polis	:	<input type="text"/>			
Nomor KTP/Identitas Lain	:	<input type="text"/>			
Nomor Telepon/Handphone	:	<input type="text"/>			

Menerangkan bahwa:

Data Peserta

Nama Peserta	:	<input type="text"/>	Jenis Kelamin :	<input type="checkbox"/> Pria	<input type="checkbox"/> Wanita
Nama Panggilan/Alias	:	<input type="text"/>			
Tanggal Lahir	:	<input type="text"/>	(tgl-bln-thn)	Usia	<input type="text"/>
Nomor KTP/Identitas Lain	:	<input type="text"/>			

Polis lain yang dimiliki oleh
Tertanggung

No.	Nama Perusahaan Asuransi	Nama Produk/Program Asuransi	No. Polis Asuransi
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Apabila klaim disetujui, pembayaran klaim akan ditransfer ke:

DATA REKENING

Atas Nama	:	<input type="text"/>
No. Rekening	:	<input type="text"/>
Nama Bank	:	<input type="text"/>
Cabang	:	<input type="text"/>

PERNYATAAN DAN SURAT KUASA

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar. Dengan ini saya memberi kuasa yang tidak akan berakhir karena sebab-sebab yang tercantum dalam pasal 1813 KUH Perdata kepada setiap Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Laboratorium, Institusi Medis manapun, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Lembaga, atau Perorangan yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan Tertanggung, untuk memberitahukan kepada PT Asuransiku atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Tertanggung. Fotokopi dari Surat Kuasa ini sama kuat dan sah seperti aslinya.

Ditandatangani di Tanggal - - (tgl-bln-thn)

TANDA TANGAN

Nama Jelas :