- Isi/lengkapi/coret apabila perlu.

* Jika pengisian salah, harap dicoret dan ditandatangani (jangan menggunakan tip ex).
* Jangan menanatangani formulir ini dalam keadaan kosong

- Beri tanda  dalam kotak pertanyaan pilihan.

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 :

Nama Tertanggung :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Jenis Kelamin : Pria  Jenis Kelamin : Pria | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |

Nomor Polis :

Nomor KTP/Identitas Lain : Nomor Telepon/Handphone :

# Menerangkan bahwa:

Wanita Wanita

**Data Peserta**

Nama Peserta

Nama Panggilan/Alias Tanggal Lahir

Nomor KTP/Identitas Lain

# Polis lain yang dimiliki oleh Tertanggung

:

:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Jenis Kelamin : Pria | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | | *(tgl-bln-thn)* Usia | | | | |  |  | *Thn* | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |

: - -

:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | Nama Perusahaan Asuransi | Nama Produk/Program Asuransi | No. Polis Asuransi |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Apabila klaim disetujui, pembayaran klaim akan ditransfer ke:**

**PERNYATAAN DAN SURAT KUASA**

:

:

:

:

Atas Nama No. Rekening Nama Bank

Cabang

**DATA REKENING**

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 : |