

FORMULIR PERMOHONAN SURAT KOORDINASI MANFAAT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini mengajukan permohonan untuk pembuatan Surat Koordinasi Manfaat atas polis. Saya yang telah disetujui oleh PT Prudential Sharia Life Assurance (Prudential Syariah) dengan data sebagai berikut :

No. Polis	:	
Nama Pemegang Polis	:	
Nama Peserta Utama (Yang Diasuransikan)*	:	
Tanggal Perawatan	:	
Nama Rumah Sakit	:	
Nama Perusahaan/Asuransi yang dituju	:	
Alamat Perusahaan/Asuransi yang dituju	:	
No. Telepon Perusahaan	:	
Contact Person di Perusahaan/Asuransi Yang Dituju	:	
Jumlah klaim yang telah disetujui Oleh Prudential Syariah	:	

Mohon kirimkan Surat Koordinasi Manfaat sesuai alamat rumah saya yang tercatat pada system Prudential Syariah

PERNYATAAN PEMEGANG POLIS DAN/ATAU PESERTA (YANG DIASURANSIKAN)

Pemegang Polis dan/atau Peserta (Yang Diasuransikan) (selanjutnya disebut “SAYA”) menyatakan bahwa :

1. Semua keterangan yang diberikan di dalam formulir ini adalah benar telah Saya tuliskan dan tidak ada keterangan maupun hal-hal lainnya yang Saya sembunyikan.
2. Akibat hukum dan/atau kerugian yang timbul karena ditandatanganinya Formulir ini dalam keadaan kosong atau belum terisi lengkap menjadi tanggung jawab Saya.

Dinyatakan di : _____

Tanggal : _____ / _____ / _____ (tgl/bln/thn)

Tanda Tangan & Nama Jelas Pemegang Polis

--

Catatan :

*Peserta Utama (Yang Diasuransikan) dapat mencakup Peserta Utama dan Peserta Utama Yang Diasuransikan.

*Jika terdapat Peserta Tambahan 1 (Yang Diasuransikan) dan Peserta Tambahan 2 (Yang Diasuransikan) dapat mencakup Peserta Tambahan 1, Peserta Tambahan 2, Peserta Tambahan 1 Yang Diasuransikan, dan Peserta Tambahan 2 Yang Diasuransikan.

*Surat Koordinasi Manfaat hanya dapat diberikan satu kali untuk satu tanggal perawatan dan untuk satu tujuan perusahaan/asuransi.

