

**FORM TAGIHAN MANFAAT POLIS PROSES LIKUIDASI JIWasRAYA
POLIS KORPORASI**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, sebagai wakil dari perusahaan mengajukan tagihan atas manfaat polis sehubungan proses likuidasi di PT. Asuransi Jiwasraya (Dalam Likuidasi), dengan data sebagai berikut :

1. Nomor Polis Induk	:	_____
2. Nama Pemegang Polis	:	_____
3. Jumlah Peserta	:	_____
4. Nama Admin Kantor	:	_____
5. No. Telp / HP	:	_____
6. Alamat Email	:	_____
7. Alamat Perusahaan	:	_____

<u>Data Rekening Bank</u>		
8. Nama Bank	:	_____
9. Unit / Cabang	:	_____
10. Nomor Rekening	:	_____
11. Atas Nama	:	_____

Dokumen Pendukung yang disampaikan :

- Copy Polis
- Copy Sertifikat
- Copy Buku Tabungan
- Lain-lain :

.....

(_____)

Catatan :
Formulir dan Dokumen Pendukung agar disampaikan melalui WA Center Nomor 08111465031.