

# FORMULIR

## Bonus Maturity

**PT. Asuransi Cigna**

Customer Service  
 Tempo Pavilion 2  
 Jl. H.R. Rasuna Said Kav.10  
 Jakarta 12950  
 Tel. (021) 1-500-033 Fax. 2809-8099  
 Email. SIAP@Cigna.com

up. Customer Service PT Asuransi Cigna

Nama Pemegang Polis	<input type="text"/>
Nomor Polis	<input type="text"/>
Nama Product	<input type="text"/>

**Lembar Informasi Nomor Rekening**

Bersama ini saya sampaikan nomor rekening untuk [Pilih yang diperlukan] :

Pembayaran Bonus                       Pembayaran Manfaat Akhir Kontrak Asuransi

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

**Catatan :**

- Mohon mengisi dan menandatangani Lembar Informasi Nomor Rekening dengan lengkap dan jelas, dan kirimkan kembali beserta Copy KTP/identitas diri yang masih berlaku (dapat pula melampirkan copy buku tabungan untuk mencegah retur dana).
- Pembayaran akan diproses sesudah tanggal jatuh tempo dan setelah dokumen yang disebutkan pada no.1 telah diterima oleh PT Asuransi Cigna.
- Persyaratan Pembayaran Manfaat Akhir Kontrak Asuransi harus melengkapi Formulir Asli Pembayaran Manfaat Akhir Kontrak Asuransi, Buku Polis asli Fotokopi KTP, Fotokopi Cover Tabungan.

No. Telepon	Rumah	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
	Kantor	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
	Handphone	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>

Ditandatangani di:

Tanggal  /  /   
 tanggal                      bulan                      tahun

**Pemegang Polis**

(Nama Jelas & Tanda Tangan)