

# SURAT KETERANGAN ASURANSI KESEHATAN

Yang bertanda tangan di bawah ini menerangkan bahwa :

Nama Peserta : \_\_\_\_\_

Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_ Gender : \_\_\_\_\_

Alamat : \_\_\_\_\_

No. Kartu Asuransi : \_\_\_\_\_

No. Polis Asuransi : \_\_\_\_\_

Merupakan peserta asuransi kesehatan yang disediakan oleh \_\_\_\_\_,

berlaku mulai tanggal \_\_\_\_\_ s.d. \_\_\_\_\_.

Bersama ini pula kami sampaikan bahwa produk asuransi tersebut dapat memfasilitasi rawat inap karena sakit di fasilitas kesehatan di kota Bandung.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk memenuhi persyaratan Pendaftaran Mahasiswa Baru Institut Teknologi Bandung.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, 2017

( \_\_\_\_\_ )  
Tanda tangan penjamin dan cap/stempel provider asuransi

Keterangan :

- Penjamin merupakan pejabat yang berwenang dari perusahaan provider asuransi yang bersangkutan
- Formulir ini harus dilengkapi dengan Laporan Transaksi Terakhir atau Bukti Pembayaran Premi Terakhir