

Hal : Permohonan Dana Asuransi Kesehatan
Lamp : 1 bendel

Yth Direktur
UNS Medical Center
Surakarta

PERMOHONAN DANA ASURANSI KESEHATAN
KARENA MENINGGAL DUNIA

Dengan hormat,
Yang bertanda dibawah ini kami:
Nama :
Pekerjaan :
Alamat :
.....
No. Telp/Hp :
Hubungan keluarga : Orang Tua/Saudara Kandung.
Ahli waris dari mahasiswa :
Nama :
NIM :
Fakultas :
Jur/Prodi/Semt. :
Alamat :

Mengajukan Permohonan Asuransi Kesehatan *karena meninggal dunia.*

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Foto copy surat kematian yang telah dilegalisir oleh instansi berwenang
2. Foto copy kartu keluarga yang telah dilegalisir oleh instansi berwenang
3. Kuitansi pembayaran SPP terakhir asli / foto copy yang telah dilegalisir oleh instansi bersangkutan.
4. Kuitansi pembayaran asli / foto copy yang dilegalisir dari rumah sakit lengkap dengan perincian, tanggal dirawat dan biaya lainnya.
5. Foto copy kartu mahasiswa yang masih berlaku.

Demikian permohonan ini kami sampaikan, atas kebijaksanaan dan terkabulnya permohonan ini kami ucapkan terimakasih.

Mengetahui,
Ketua HIMAKOR FKOR UNS

Surakarta, . . .

Pemohon,

.....
NIM.

.....

Mengetahui,
a.n. Dekan,
Wakil Dekan Bidang Kemahasiswaan
dan Alumni

Dr. Haris Nugroho S.Pd., M.Or.
NIP. 197202081999031003

Keterangan :
1. Lembar 1 untuk UNS Medical Center
2. Lembar 2 untuk Fakultas
3. Lembar 3 untuk Pemohon