

**FORMULIR PENGAJUAN**

- A. JENIS KLAIM\***
- |                              |                              |                              |                                  |                |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> THT | <input type="checkbox"/> JKK | <input type="checkbox"/> JKM | <input type="checkbox"/> PENSIUN |                |
| 1. TA                        | 1. Perawatan                 | 1. SKS                       | 1. Sendiri                       | 7. UKP         |
| 2. NTTA                      | 2. SCDB                      | 2. BP                        | 2. Tunjangan Terbatas            | 8. NTIP/IDP    |
| 3. BPPP                      | 3. SCDK                      | 3. UDW                       | 3. Wari/Janda/Duda               | 9. Mutasi      |
| 4. BPI/S                     | 4. SRKK                      | 4. Beasiswa                  | 4. Tunj. Yatim Piatu             | 10. SPPI/S     |
| 5. BPA                       | 5. Beasiswa                  |                              | 5. Tunj. Orang Tua               | 11. Tinjau Kep |
|                              |                              |                              | 6. UDW                           |                |

**B. PESERTA ASABRI**

Nama

Tanggal Lahir  --  --

NRP/NIP  No. KTPA

Kesatuan  No. KTA\*\*

**C. PENGAJU**

Nama

Tanggal Lahir  --  --  Hub. Keluarga

Alamat

Kelurahan/Desa  Kecamatan

Kota  Propinsi

NIK  No. Telp/Hp

Jenis UKP/Mutasi/  
Pengajuan SPPI/S  
Tinjau Kep Pens\*\*\*

No. pensiun

**D. KANTOR BAYAR**

Bank/Pos

Jenis Tabungan  No Rekening

Keterangan di atas saya buat dengan sebenar - benarnya dengan penuh kesadaran, apabila keterangan yang saya berikan tidak benar, saya bersedia mengganti seluruh kerugian kepada negara/ PT ASABRI (Persero) dan bersedia dituntut sesuai dengan peraturan perundang - undangan yang berlaku.

....., 20 .....

**Pengaju**

\*) Bila kurang jelas, dapat menghubungi Call Center ASABRI  
 \*\*) Diisi untuk pengajuan Perawatan  
 \*\*\*) Diisi hanya untuk pengajuan UKP/Mutasi/Pengajuan SPPI/S dan Peninjauan Kep Pensiun  
 Untuk informasi lebih lanjut bisa menghubungi Call Center ASABRI Nomor **1500043**