



CCT Mutual Benefit Association, Inc.

6/F Joshua Center, Taft Ave, Ermita, Metro Manila

Tel #: 524-1819; Email: ho@cct.org.ph



Reinstatement Form

Petsa: _____

Ako si _____, sa Branch _____ at Area _____, ay miyembro ng CCT MBA sa ilalim ng Certificate of Membership no. _____, ay nais ipa-reinstate ang aking insurance coverage sa ilalim ng Basic Life Insurance Plan (BLIP).

Lubos na Gumagalang,

Pangalan at Lagda

Para sa Empleyado ng CCT lamang:

Bilang ng Linggong 'di nakabayad	Lingguhang Kontribusyon	Kabuuang Kontribusyon
TOTAL		

Pinroseso ni:

Aprubado ni:

Pangalan at Lagda

Pangalan at Lagda