SURAT PERMINTAAN PERTANGGUNGAN ASURANSI (SPPA)
ASURANSI PENGANGKUTAN
PT AVRIST GENERAL INSURANCE

avrist General Insurance

DATA CALON TERTANGGUNG

Harap gunakan HURUF CETAK. Isilah atau beri tanda (p) di dalam kotak

Nama Lengkap Pemohon

Alamat Lengkap Pemohon

Kelurahan **RT**

Kecamatan **RW**

Kota **Kode Pos** *(wajib diisi)*

Provinsi

No. Telepon *(kode area)* *(no. telepon)* **No Fax**

E-mail

Jenis Usaha Pemohon

Periode Pertanggungan *tgl* / *bln* / *thn* sampai dengan *tgl* / *bln* / *thn* *(kedua hari tersebut pukul 12.00 tengah hari) waktu dimana objek pertanggungan berada*

Barang Yang Diangkut

Cargo Packing

Type Pengangkutan

☐ Export ☐ Import ☐ Domestik

Metode Pengangkutan

☐ Container: No Container:

☐ Non Containerized: ☐ Bulk ☐ Break Bulk ☐ Lainnya, Mohon info details..... ....

Alat Angkut

☐ **Angkutan laut:**
- ☐ Steel Vessel/kapal besi
- ☐ Tug & barge
- ☐ LCT/LST
- ☐ Wooden Vessel/Kapal Kayu
- ☐ Lainnya, Mohon info details..... .....

☐ **Angkutan Darat:**
- ☐ Open Truck
- ☐ Trailer
- ☐ Truck Box
- ☐ Kereta Api
- ☐ Lainnya, Mohon info details..... .....

☐ **Angkutan Udara**
- ☐ Air Craft/pesawat Udara
- ☐ Lainnya, Mohon info details..... .....

Nama Alat Angkut **No Pelayaran/No Polisi/No Penerbangan**

Type Cover

☐ Warehouse to Ware house ☐ Port to Port

Kondisi Pertanggungan

☐ ICC "A" / DAI "B" ☐ ICC "B"/DAI "A" ☐ ICC "C" ☐ Lainnya .....

Maksimum Limit Perpengiriman *Mata Uang*

Estimasi Perpengiriman pertahun *Mata Uang*

PENGALAMAN KERUGIAN DALAM 5 TAHUN TERAKHIR

Tahun	Nilai Kerugian	Penyebab
1		
2		
3		
4		

PERNYATAAN SEBAGAI PEMOHON

Saya/kami menyatakan bahwa data dan keterangan tersebut diatas, termasuk dokumen-dokumen yang saya/kami serahkan adalah benar dan dapat dipertanggung jawabkan kebenaran dan keabsahannya. Apabila dikemudian hari, terbukti data dan keterangan tersebut tidak benar (misrepresentation) dan/atau dokumen yang kami serahkan tidak benar atau palsu atau dipalsukan baik untuk sebagian atau seluruhnya, maka segala akibat hukum dari ketidak benaran tersebut, sepenuhnya menjadi tanggung jawab saya/kami.

Saya/kami telah membaca, memahami dan menyetujui ketentuan-ketentuan di dalam formulir ini. Pertanggungan asuransi tidak akan berlaku sampai permohonan ini disetujui dan premi diterima penuh oleh PT Avrist General Insurance ("Perusahaan")

Tanda tangan Pemohon

Tanggal :

UNTUK KEPENTINGAN PERUSAHAAN

Tanggal *tgl* / *bln* / *thn*

Nama Petugas

Paraf Petugas

UNTUK KEPENTINGAN AGENT

Tanggal *tgl* / *bln* / *thn*

Kode Agent

Tanda tangan Agent

SO/IA

UM

SUM

AM

***** (Calon Tertanggung wajib melampirkan foto copy Kartu Identitas serta STNK dari kendaraan yang akan diasuransikan)***