

**SURAT PERMINTAAN PERTANGGUNGAN ASURANSI (SPPA)
KECELAKAAN DIRI
PT AVRIST GENERAL INSURANCE**



DATA CALON TERTANGGUNG

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

Nama Lengkap (seperti tercantum dalam KTP/SIM/PASPORT), jika terdapat singkatan cantumkan nama lengkap tanpa singkatan & gelar

[Grid input field for Name]

Tempat Lahir

[Grid input field for Place of Birth]

Tanggal Lahir

[Grid input field for Date of Birth]

Alamat Koresponden

[Grid input field for Correspondence Address]

Kelurahan

[Grid input field for Kelurahan]

RT

[Grid input field for RT]

Kecamatan

[Grid input field for Kecamatan]

RW

[Grid input field for RW]

Kota

[Grid input field for Kota]

Kode Pos

[Grid input field for Zip Code]

(wajib diisi)

Provinsi

[Grid input field for Province]

No. Telepon

[Grid input field for Phone Number]

(kode area)

(no. telepon)

No. Ponsel

[Grid input field for Mobile Number]

E-mail

[Grid input field for E-mail]

Periode Pertanggung

[Grid input field for Period]

tgl

bln

thn

s/d

tgl

bln

thn

(kedua hari tersebut pukul 12.00 tengah hari) waktu dimana objek pertanggung berada

Nilai Pertanggung

[Grid input field for Value]

Mata Uang

Jumlah Pertanggungan

Jaminan Biaya pengobatan karena Kecelakaan Max 10% dari Jaminan kematian dan cacat Tetap

Ya Tidak

RINCIAN DATA PRIBADI PEMOHON

Pekerjaan Sekarang

[Grid input field for Current Job]

Pekerjaan lain (bila ada)

[Grid input field for Other Jobs]

Ahli Waris

[Grid input field for Heir]

Pendapatan Per tahun

< 50 Juta 50 - 250 Juta

Hubungan

[Grid input field for Relationship]

250 - 500 Juta >500 juta

PERTANYAAN- PERTANYAAN

Apakah Anda bebas dari cacat tubuh atau kelemahan, dan apakah anda sekarang dalam keadaan sehat? Ya Tidak

Jika Tidak, Mohon dijelaskan [Text input field]

Pernahkah Anda mendaftar untuk asuransi kecelakaan diri di perusahaan asuransi lain sebelum ini? Ya Tidak

Nama Perusahaan [Text input field]

Apakah ada perusahaan asuransi lain menolak atau membatalkan permohonan asuransi Anda? Ya Tidak

Jika Ya, Mohon dijelaskan mengapa [Text input field]

Apakah Anda sudah pernah mengajukan klaim asuransi kecelakaan diri sebelumnya? Ya Tidak

Mohon kelompokkan Jenis Kelas Pekerjaan Anda

Kelas 1: Manager, Sekretaris, Staff Admin, Akuntan, dan sejenisnya

Kelas 3: Kurir, Office Boy/Girl dan sejenisnya

Kelas 2: Marketing, Surveyor, Sales, dan sejenisnya

Kelas 4: Mekanik, Operator Produksi/Mesin, Sopir dan sejenisnya

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. Pertanggungn asuransi tidak akan berlaku sampai permohonan ini disetujui dan premi diterima penuh oleh PT Avrist General Insurance ("Perusahaan")

Tanda tangan Pemohon sesuai KTP/SIM/PASPORT

Tanggal :

UNTUK KEPENTINGAN PERUSAHAAN

UNTUK KEPENTINGAN AGENT

Tanggal [Grid] / [Grid] / [Grid]
Nama Petugas [Text]
Paraf Petugas [Text]

Tanggal [Grid] / [Grid] / [Grid]
Nama/Kode Agent [Text]
Tanda tangan Agent [Text]

SO/IA

UM

SUM

AM

**** (Calon Tertanggung wajib melampirkan foto copy Kartu Identitas KTP/Passport)**