SURAT PERMINTAAN PERTANGGUNGAN ASURANSI (SPPA)
KENDARAAN BERMOTOR
PT AVRIST GENERAL INSURANCE

avrist General Insurance

DATA CALON TERTANGGUNG

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

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

Alamat Koresponden

Kelurahan **RT**

Kecamatan **RW**

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

Provinsi

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

E-mail

Nama Lengkap Sesuai STNK

DATA KENDARAAN / OBJEK PERTANGGUNGAN

Merek Kendaraan **No. Rangka**

Model Kendaraan **No. Mesin**

Tahun Pembuatan **Tujuan Penggunaan** ☐ Pribadi / Bisnis ☐ Disewakan

Nomor Polisi - -

Kendaraan Bermotor **Perlengkapan Tambahan**

Perlengkapan Tambahan **Terdiri dari**

Total Uang Pertanggungan

(Total uang pertanggungan = Kendaraan Bermotor + Perlengkapan Tambahan)

Risiko Pertanggungan ☐ Comprehensive ☐ Comprehensive + SRCCTS + AoG ☐ Total Loss Only ☐ Total Loss Only + SRCCTS + AoG

Perluasan Jaminan ☐ Option I ☐ Option II ☐ Lainnya, sebutkan _____

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

Banker / Leasing Clause

(jika dibutuhkan)

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 sesuai KTP/SIM/PASPORT 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)***