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

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

Tempat Lahir

Tanggal Lahir

Alamat Koresponden

Kelurahan

RT

Kecamatan

RW

Kota

Kode Pos *(wajib diisi)*

Provinsi

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

No. Ponsel

E-mail

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

RINCIAN DATA PRIBADI PEMOHON

Pekerjaan Sekarang

Pekerjaan lain (bila ada)

Olah Raga Anda

Ahli Waris

Hubungan

Pendapatan pertahun

- ☐ ← 50 Juta
- ☐ 50 - 250 Juta
- ☐ 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

Pernahkah Anda mendaftar untuk asuransi kecelakaan diri di perusahan asuransi lain sebelum ini ☐ Ya ☐ Tidak

Nama Perusahaan

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

Jika Ya, Mohon dijelaskan mengapa

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

Mohon kelompokan Jenis Kelas Pekerjaan Anda

- ☐ Kelas 1: Manager, Sekretaris, Staff Admin, Akuntan, dan sejenisnya
- ☐ Kelas 2: Marketing, Surveyor, Sales, dan sejenisnya
- ☐ Kelas 3: Kurir, Office Boy/Girl 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. 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		UNTUK KEPENTINGAN AGENT		SO/IA	
	tgl / *bln* / *thn*		*tgl* / *bln* / *thn*		
Tanggal		Tanggal		UM	
Nama Petugas		Kode Agent		SUM	
Paraf Petugas		Tanda tangan Agent		AM	

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