

SURAT PERMINTAAN PENUTUPAN "Asuransi Aswata PA A+"

Bersama ini kami mengajukan permohonan penutupan asuransi perjalanan dengan data sebagai berikut :

Data Pemohon			
Nama Pemegang Polis	(Nama Sekolah/Universitas)		
Alamat	(Alamat Sekolah/Universitas)		
	Telp. No. (Sekolah/Universitas)	Fax. No. (Sekolah/Universitas)	HP. No. (Sekolah/Universitas)
Contact Person	(Nama person in charge/PIC)		
Email. (PIC)	Telp. No. (PIC)	Fax. No. (PIC)	HP. No. (PIC)

Data Tertanggung (detail dapat dilampirkan)						
No.	Nama	Tempat, Tanggal Lahir	Alamat	Pekerjaan	Kegemaran/Hobby	Tinggi dan Berat Badan

Jenis Pertanggungan	Uang Pertanggungan				
	Paket 1 <input type="checkbox"/>	Paket 2 <input type="checkbox"/>	Paket 3 <input type="checkbox"/>	Paket 4 <input type="checkbox"/>	Paket 5 <input type="checkbox"/>
Jaminan Meninggal akibat Kecelakaan	5,000,000	10,000,000	15,000,000	25,000,000	35,000,000
Jaminan Cacat Tetap akibat Kecelakaan					
Biaya pengobatan atau Pengobatan akibat kecelakaan	500,000	1,000,000	1,500,000	2,500,000	3,500,000
Santunan Rawat Inap akibat Kecelakaan atau Sakit	250,000	500,000	600,000	700,000	700,000
Santunan Biaya Pemakaman akibat Kecelakaan	500,000	1,000,000	1,500,000	2,000,000	2,000,000
Santunan Biaya Ambulans	250,000	500,000	600,000	700,000	700,000
Jaminan Meninggal Dunia akibat Sakit/Alami	2,500,000	2,500,000	3,000,000	5,000,000	7,000,000

Periode Asuransi	
Mulai dari tanggal :	s/d

Data Pertanggungan	
1. Apakah Perusahaan Anda mempunyai Asuransi sejenis yang dijamin oleh Perusahaan lain?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak

Jika "Ya" berikan penjelasan

Perusahaan	Jenis	Nilai Pertanggungan	Jangka Waktu

PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

- Menyatakan bahwa calon peserta / Tertanggung yang tercantum dalam lampiran Surat permintaan Asuransi ini adalah siswa/mahasiswa, guru/dosen dan/atau pegawai merupakan bagian dari Institusi Pendidikan yang masih aktif.
- Menyatakan bahwa calon peserta / Tertanggung yang tercantum pada Surat Permintaan Asuransi ini dalam keadaan sehat serta tidak sedang dalam perawatan atau pengobatan dokter/rumah sakit karena suatu penyakit apapun, termasuk calon peserta/Tertanggung yang akan masuk selama masa pertanggungan.
- Menyatakan bahwa keterangan tersebut di atas dibuat dengan sejujurnya dan sesuai dengan keadaan sebenarnya menurut pengetahuan saya atau yang seharusnya saya ketahui;
- Menyadari bahwa keterangan tersebut akan digunakan sebagai dasar dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari polis yang akan diterbitkan, oleh karenanya ketidakbenarannya dapat mengakibatkan batalnya pertanggungan dan ditolaknya setiap klaim oleh Penanggung berdasarkan Ketentuan dalam Polis;
- Mengerti bahwa pertanggungan yang diminta ini mulai berlaku pada tanggal yang ditetapkan didalam Polis yang diterbitkan oleh PT Asuransi Wahana Tata.
- Menyatakan bahwa telah mendapatkan informasi yang benar, tidak palsu, dan/atau tidak menyesatkan mengenai risiko, manfaat, kewajiban, dan pembebanan biaya terkait dengan produk asuransi yang disampaikan Penanggung.

....., 2

Pemohon

(.....)

Dokumen yang dilampirkan pada saat penutupan polis (dokumen Legalitas) :

- Akta Pendirian termasuk Akta Perubahannya / SK Mendikbud / SK Yayasan (wajib)
- KTP Pemohon (Kepala Sekolah/Dekan/Rektor/) (wajib)
- NPWP Sekolah / Universitas
- dan dokumen legalitas lainnya.

FORMULIR IDENTITAS NASABAH

NASABAH PERORANGAN						
Kewarganegaraan : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> WNI	Lampirkan:	<input type="checkbox"/> KTP	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> PASPOR	
	<input type="checkbox"/> WNA	No:	<input type="checkbox"/> PASPOR	<input type="checkbox"/> KIMS	Berlaku s/d:	
	<input type="checkbox"/> NPWP	Lampirkan:			<input type="checkbox"/> KITAS	<input type="checkbox"/> KITAB
		No:			Berlaku s/d:	
Status Perkawinan :	<input type="checkbox"/> Belum kawin	<input type="checkbox"/> Kawin	<input type="checkbox"/> Cerai	<input type="checkbox"/> Duda/ Janda		
SUMBER PENDANAAN NASABAH PERORANGAN						
Pekerjaan :	<input type="checkbox"/> PNS/Anggota TNI	<input type="checkbox"/> Karyawan swasta/BUMN				
	<input type="checkbox"/> Wirausaha	<input type="checkbox"/> Lainnya :				
Nama Perusahaan :					Bidang Usaha :	
Alamat Perusahaan :						
Kota :					Kode Pos :	
No Telp :					Fax :	
Jabatan :					Masa Bekerja :	
Penghasilan Kotor Per Bulan :	<input type="checkbox"/> Rp1-50 Juta	<input type="checkbox"/> Rp50 –100 Juta	<input type="checkbox"/> > Rp100 Juta			
Sumber Penghasilan :	<input type="checkbox"/> Hasil Usaha	<input type="checkbox"/> Gaji Bulanan	<input type="checkbox"/> Wirausaha	<input type="checkbox"/> Lainnya:		
NASABAH INSTITUSI / PERUSAHAAN						
Nama Perusahaan :					Bidang Usaha	
Alamat Perusahaan :						
Kota :					Kode Pos	
No Telp :					Fax	
Nomor Pokok Wajib Pajak :						
Nomor Surat Ijin Usaha Perdagangan (SIUP) :						<input type="checkbox"/> Terlampir
Nomor Tanda Daftar Perusahaan (TDP) :						<input type="checkbox"/> Terlampir
Akta Pendirian dan Pengesahan dari Menteri Hukum dan HAM :						<input type="checkbox"/> Terlampir
Nama Direktur Utama/ Pemegang Kuasa :						<input type="checkbox"/> Terlampir
Sumber Pembayaran Premi :						
<input type="checkbox"/> 100% tanggungan pemegang polis						
<input type="checkbox"/> 100% tanggungan peserta dan pemegang polis						
<input type="checkbox"/> 100% peserta polis						
Kewarganegaraan : (Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> WNI	Lampirkan:	<input type="checkbox"/> KTP	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> PASPOR	<input type="checkbox"/> Surat Kuasa
	<input type="checkbox"/> WNA	No:	<input type="checkbox"/> PASPOR	<input type="checkbox"/> KIMS1	<input type="checkbox"/> KITAS2	<input type="checkbox"/> KITAB3
		Lampirkan:			<input type="checkbox"/> Surat Kuasa	
		No:			Berlaku s/d:	

No:

Berlaku s/d:

INFORMASI TAMBAHAN

Polis lain yang telah dimiliki : a. Nomor: Jenis: Premi:

a. Nomor: Jenis: Premi:

Tujuan menutup Asuransi : Perlindungan terhadap harta kekayaan / Aset Perusahaan LainnyaApakah Anda memiliki hubungan dengan Negara yang tidak menerapkan rekomendasi FATF : Ya, Sebutkan: Tidak**BENEFICIAL OWNER**Nama Lengkap : Jenis Kelamin : Pria WanitaHubungan dengan calon Nasabah : Surat Kuasa: Terlampir**REFRENSI MARKETING**

Nama : Cabang :

Tingkat Customer Due Diligence (CDD) : Rendah Sedang Tinggi