

Komprehensif dan Total Loss Only

Surat Permintaan Penutupan Asuransi

KOLOM MARKETING (Diisi oleh Staf Kantor Pemasaran ZII)

Kantor Pemasaran :
 Marketing : Kode Marketing :
 No. Telp/Fax : Sumber Bisnis :

KOLOM AGEN (Diisi oleh Agen)

Nama Agen :
 Kode Agen : ZI |
 No. Telp/Fax :

DATA CALON TERTANGGUNG

(Berilah tanda centang (✓) pada pilihan Anda)

Nama Calon Tertanggung:
 (Sesuai Kartu Identitas)
 Tempat/Tgl. Lahir : Kewarganegaraan :
 No. KTP/SIM : (Untuk warga negara asing dapat menggunakan no. Paspor/KITAS).
 Alamat Calon Tertanggung :
 RT/RW : Kota/Kabupaten : Kode Pos :
 Alamat Domisili Saat Ini :
 RT/RW : Kota/Kabupaten : Kode Pos :
 No. Telp. Rumah : - No. Telp. Kantor: - No. Faksimili :
 No. Handphone : Alamat Email :

DATA TAMBAHAN SESUAI PERATURAN MENTERI KEUANGAN RI NO. 30/PMK.010/2010 TENTANG PENERAPAN PRINSIP MENGENAL NASABAH BAGI LEMBAGA KEUANGAN NON BANK

CALON TERTANGGUNG INDIVIDU

Pekerjaan : ☐ PNS ☐ TNI/Polri ☐ Karyawan Swasta ☐ Wiraswasta ☐ Lainnya, Sebutkan:
 Penghasilan per Tahun : ☐ Dibawah 10 juta ☐ 10-50 juta ☐ 50-100 juta ☐ Diatas 100 juta
 Sumber Dana Pembayaran Premi : ☐ Gaji/Penghasilan Usaha ☐ Tabungan Bank/Deposito ☐ Lainnya, Sebutkan:
 Maksud dan Tujuan Calon Tertanggung melakukan penutupan Asuransi : ☐ Perlindungan ☐ Lainnya, Sebutkan:
 Nama dan No. Rekening bank Calon Tertanggung :

CALON TERTANGGUNG PERUSAHAAN

No. NPWP :
 Sumber Dana Pembayaran Premi : ☐ Penghasilan Usaha ☐ Tabungan Bank/Deposito ☐ Lainnya, Sebutkan:
 Maksud dan Tujuan Calon Tertanggung melakukan penutupan Asuransi : ☐ Perlindungan ☐ Lainnya, Sebutkan:
 Mohon melampirkan fotokopi NPWP, kartu identitas penerima kuasa (yang ditunjuk mempunyai wewenang bertindak untuk dan atas nama perusahaan), akte pendirian, izin usaha, surat keterangan domisili, laporan keuangan terkait.

DATA OBYEK PERTANGGUNGAN

Jumlah Kendaraan : ☐ 1 ☐ Lebih dari 1 (Jika lebih dari 1 informasi dapat disampaikan pada lembar terpisah)
 Merk Kendaraan : Model Kendaraan :
 Nomor Polisi : Tahun kendaraan :
 Nomor Mesin : Nomor Rangka :
 Tipe Kendaraan : Warna Kendaraan :
 Zona Kendaraan : ☐ Zona 1 (Sumatera dan pulau di sekitar Sumatera)
☐ Zona 2 (Jakarta, Banten, Jawa Barat)
☐ Zona 3 (Selain yang disebutkan dalam Zona 1 dan 2)
 Harga Kendaraan : Rp
 Aksesoris yang Tidak Standar :
 (Jika ada)
 Merk/Jenis Barang : Harga Aksesoris yang tidak standar :
 1.
 2.
 3.
 4.

5.	
6.	
7.	
8.	
Total Rp	

Total Nilai Pertanggungan : Harga Kendaraan + Harga Aksesoris yang tidak standar
 Rp + Rp
 Rp

PERIODE DAN JAMINAN ASURANSI YANG DIAJUKAN

Periode Asuransi yang Diajukan : Tanggal Berlaku Tanggal Berakhir

Jenis Jaminan Asuransi yang diajukan : ☐ Komprehensif (Gabungan) ☐ Total Loss Only (Kerugian Total Saja)

Jaminan Perluasan : ☐ Banjir termasuk angin topan
☐ Gempa Bumi dan Tsunami
☐ Huru-hara dan Kerusuhan
☐ Terorisme dan Sabotase

Jaminan Perluasan Tambahan : ☐ Tanggung jawab hukum terhadap pihak ketiga hingga Rp 50,000,000/kendaraan
☐ 25,000,000 ☐ 50,000,000 ☐ Lainnya
☐ Tanggung jawab hukum terhadap penumpang hingga Rp 50,000,000/kendaraan
☐ 25,000,000 ☐ 50,000,000 ☐ Lainnya
☐ Kecelakaan diri pengemudi hingga Rp 50,000,000/orang
☐ 25,000,000 ☐ 50,000,000 ☐ Lainnya
☐ Kecelakaan diri penumpang hingga Rp 50,000,000/orang (maksimum 4 orang)
☐ 25,000,000 orang ☐ 50,000,000 orang ☐ Lainnya
☐ Penggantian biaya pengobatan akibat kecelakaan diri hingga Rp 5,000,000/kendaraan

Total Premi : Rp (Perhitungan premi dapat dilihat pada ringkasan produk)

INFORMASI TAMBAHAN

Apakah Calon Tertanggung sudah pernah memiliki Produk Asuransi Zurich sebelumnya : ☐ Ya, Sebutkan ☐ Tidak

PERNYATAAN CALON TERTANGGUNG

Sebelum menandatangani SPPA, dengan ini Saya/Kami menyatakan telah dijelaskan dan oleh karenanya telah mengerti mengenai rincian biaya, manfaat serta resiko dari jaminan asuransi terkait dan Saya berkomitmen untuk membayar Premi.

Saya/Kami telah membaca, mengerti dan menjawab seluruh pertanyaan pada SPPA beserta lampirannya dengan sebenar-benarnya, jujur dan lengkap. Saya/Kami memahami bahwa jawaban dan keterangan yang Saya/Kami berikan tersebut merupakan dasar dari pembuatan Polis.

Saya/Kami memberikan kuasa kepada PT Zurich Insurance Indonesia untuk melakukan verifikasi informasi yang telah saya berikan kepada pihak manapun dan memperoleh segala catatan dan keterangan mengenai diri Saya/Kami. Bila ternyata jawaban dan keterangan yang Saya/Kami berikan tidak benar, maka PT Zurich Insurance Indonesia atau Penanggung berhak untuk membatalkan Polis yang dibuat berdasarkan SPPA ini.

Polis akan diterbitkan apabila SPPA yang telah diisi lengkap, ditandatangani dan disertai dengan dokumen pendukung seperti fotocopy Kartu Identitas dan STNK tersebut telah diterima oleh Penanggung dengan baik.

Saya/Kami dengan ini mengizinkan Penanggung untuk menggunakan atau memberikan informasi atau keterangan mengenai Saya/Kami yang tersedia, diperoleh atau disimpan oleh Penanggung (sesuai yang tercantum dalam SPPA ini atau sarana lain), kepada pihak-pihak lain (termasuk tetapi tidak terbatas pada perusahaan reasuransi, asuransi, lembaga, bank atau badan hukum lain baik dalam maupun di luar

PERNYATAAN AGEN

Saya menyatakan bahwa dengan ini Saya telah menjelaskan mengenai rincian biaya, manfaat serta resiko dari jaminan asuransi terkait yang terdapat dalam ringkasan produk dan brosur kepada calon Tertanggung dan menyatakan patuh terhadap Peraturan No.1/POJK.07/2013 tentang Perlindungan Konsumen Sektor Jasa Keuangan.

Saya menyatakan bahwa semua keterangan yang terdapat dalam SPPA adalah keterangan yang diberikan oleh calon Tertanggung dan Saya tidak akan menyembunyikan informasi apapun kepada calon Tertanggung. Saya juga menyatakan bahwa Saya tidak memberikan keterangan yang bertentangan dengan Syarat / Ketentuan Polis.

Saya dengan ini menyatakan bahwa salinan dokumen adalah sesuai dengan asli, dan masih berlaku, sebagaimana dimaksud dalam perundang-undangan yang berlaku.

negeri) yang memiliki hubungan kerjasama dengan Penanggung dalam rangka pengajuan SPPA ini, pembayaran klaim, pelayanan nasabah, pelaksanaan ketentuan dalam Polis, survey kepuasan nasabah maupun untuk tujuan hukum dan perundang-undangan.

Saya/Kami juga mengerti bahwa Saya/Kami berhak untuk melakukan koreksi atau penambahan atas informasi dan keterangan mengenai Saya/Kami tersebut dengan menghubungi kantor Penanggung.

Dengan ditandatanganinya SPPA ini maka Saya/Kami menyatakan setuju atas kebijakan penggunaan data pribadi sebagaimana tersebut di atas, Saya/Kami mengerti bahwa ketidaksetujuan Saya/Kami atas kebijakan tersebut dapat mengakibatkan ditolaknya pengajuan SPPA ini.

Peringatan untuk Konsumen

Apabila terdapat fakta yang berifat material yang tidak dinyatakan di dalam SPPA, maka Polis yang diterbitkan dapat dianggap tidak berlaku. Jangan menandatangani SPPA ini dalam keadaan kosong / belum diisi.

KOLOM TANDA TANGAN CALON TERTANGGUNG (Diisi oleh Calon Tertanggung)

Tempat	Tanggal	Bulan	Tahun
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tanda Tangan	Nama Lengkap		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

KOLOM TANDA TANGAN AGEN (Diisi oleh Agen)

Tempat	Tanggal	Bulan	Tahun
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tanda Tangan	Nama Lengkap		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

DITERIMA OLEH STAF MARKETING PT ZURICH INSURANCE INDONESIA (Diisi oleh Staf Marketing ZII)

Tempat	Tanggal	Bulan	Tahun
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tanda Tangan	Nama Lengkap		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

METODE PENGIRIMAN POLIS (Diisi oleh Calon Tertanggung)

☐ Melalui Agen

☐ Ke alamat domisili saat ini

☐ Ke alamat lainnya, sebutkan:

No. Telp. : -



PT ZURICH INSURANCE INDONESIA INSURANCE PREMIUM PAYMENT AUTHORIZATION FORM

If you would like to enjoy the convenience of insurance premium payment using your Visa, MasterCard, or BCA Card simply fill out all information below with your Visa, MasterCard, or BCA Card data. After all information filled and signed, you may return by fax to +62 21 25543670. PT Zurich Insurance Indonesia will debit your Visa, MasterCard, or BCA Card appropriate as per your requested premium payment.

Apabila Anda menginginkan kenyamanan pembayaran dengan menggunakan Visa, MasterCard, atau BCA Card, Anda cukup mengisi seluruh informasi di bawah ini sesuai dengan Visa, MasterCard, atau BCA Card data. Setelah seluruh informasi terisi dan ditandatangani, Anda dapat mengirimkan kembali melalui fax ke +62 21 25543670. PT Zurich Insurance Indonesia akan melakukan direct debit atas Visa, MasterCard, atau BCA Card sesuai dengan permintaan pembayaran premi Anda.

Name on credit card (exactly as printed)
Nama sesuai yang tertera

Bank Issuer's name
Nama bank penerbit

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Credit Card Number
Nomor Kartu Kredit



Type of Credit Card (please tick in ☒ one column)
Jenis Kartu Kredit (mohon beri tanda ☒ pada salah satu kolom)

Expiry date
Masa berlaku

Valid phone number could be contacted
Nomor telepon yang dapat dihubungi

Details of Payment
Rincian Pembayaran

* Amount

Jumlah

* Policy No.

No. Polis

I understand that the information declared in this insurance premium payment authorization form are correct and therefore serve as basis or premium payment method to PT Zurich Insurance Indonesia.

Dengan ini saya menyatakan bahwa seluruh informasi yang saya berikan dalam formulir otorisasi pembayaran premi asuransi ini adalah benar serta akan menjadi dasar dari cara pembayaran premi ke PT Zurich Insurance Indonesia.

Today's date
Tanggal

Signature
Tanda Tangan