

Know Your Customer Form

KORPORASI

Penting : Harap lengkapi formulir ini menggunakan huruf cetak dan beri tanda ✓ di dalam kotak yang disediakan

1. Nama <i>Proposer</i>	_____	
2. Nama Perusahaan	_____	
3. Nomor Izin Usaha	_____	
4. Bidang Usaha & Kegiatan	_____	
5. Tempat/Tgl. Pendirian	_____	
6. Nama Pimpinan	_____	
7. Alamat Kedudukan Perusahaan	Jalan	Web _____
	Kel/Desa	RT/RW <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>
	Kecamatan	_____
	Kode Pos	_____
8. Bentuk Badan Hukum	_____	
9. Sumber Penghasilan	_____	
10. Penghasilan Rata-rata	_____	
11. Tujuan anda berasuransi	_____	
12. Identitas Penerima Manfaat	Nama	_____
	Status	No. KTP _____
	Tpt./Tgl. Lahir	Jenis Kelamin <input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita
13. Alamat Penerima Manfaat	Jalan	No. Telp _____
	Kel/Desa	RT/RW <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>
	Kecamatan	_____
	Kode Pos	_____

Dengan ini saya/kami menyatakan bahwa setiap data dan informasi dalam formulir ini adalah benar, lengkap dan akurat dan PT Asuransi Mega Pratama ("Penanggung") berhak untuk memeriksa dan melakukan verifikasi atas kebenaran, kelengkapan dan keaslian setiap data dan informasi tersebut

Ditandatangani di: _____

Tanggal : ____/____/____

Nama:
Calon Nasabah