

Know Your Customer Form

PERORANGAN

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

1. Nama *Proposer* _____

2. Nama Calon Tertanggung _____

3. Nomor KTP _____

4. Tempat/Tgl Lahir _____ Jenis Kelamin Pria Wanita
 Status _____

5. Alamat Tertanggung
 Jalan _____ Email _____
 Kel/Desa _____ RT/RW / / /
 Kecamatan _____
 Kode Pos _____

6. Kewarganegaraan _____

7. Pekerjaan _____

8. Bidang Usaha _____

9. Alamat Tempat Bekerja
 Nama _____ No. Telp _____
 Jalan _____ RT/RW / / /
 Kel/Desa _____
 Kecamatan _____
 Kode Pos _____

10. Sumber Penghasilan
 Gaji Sebagai Karyawan _____ Total Penghasilan _____ / Tahun
 Sumber lainnya _____

11. Tujuan anda berasuransi _____

12. Identitas Penerima Manfaat
 Nama _____
 Status _____ No. KTP _____
 Tpt./Tgl. Lahir _____ Jenis Kelamin Pria Wanita

13. Alamat Penerima Manfaat
 Jalan _____ No. Telp _____
 Kel/Desa _____ RT/RW / / /
 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