- Isi/lengkapi/coret apabila perlu dengan jelas.
- Beri tanda ☑ dalam kotak pertanyaan pilihan.
- Jika pengisian salah, harap dicoret dan ditandatangani (jangan menggunakan tip ex).

SURAT PERMOHONAN ASURANSI KUMPULAN MNC SEHAT

DATA PERUSAHAAN

Nama Perusahaan :

Alamat Perusahaan :

No. Telepon/Faks/E-mail :

No. Anggaran Dasar* :

No. SIUP* :

No. NPWP* :

No. TDP* :

Jenis usaha :

Jenis barang/jasa yang dihasilkan :

Rata-rata pendapatan bersih per tahun :

Nama Pihak yang diberi kuasa mengurus & tanda tangan :

Berdasarkan Surat Kuasa No. :

Tanggal: - -

KETERANGAN UNTUK TRANSAKSI

Sumber dana transaksi :

Apakah ini transaksi yang pertama kali dilakukan dengan PT MNC Life Assurance? : ☐ Ya ☐ Tidak

Jika Tidak, berapa kali transaksi yang telah dilakukan sebelumnya? :

DATA PESERTA

Yang diasuransikan : ☐ Karyawan ☐ Istri/Suami karyawan ☐ Anak karyawan

Hubungan dengan perusahaan :

Manfaat asuransi : ☐ Rawat Inap ☐ Kacamata ☐ Maternity ☐ Personal Accident ☐ Rawat Jalan ☐ Term Insurance ☐ Gigi ☐ Lainnya _____

Periode asuransi *(tgl-bln-thn)* : - - s/d - -

Masa asuransi : Tahun

Cara pembayaran premi : ☐ Tahunan ☐ Semesteran

Nama Perusahaan :

Nama Bank : Cabang:

No. Rekening :

PERNYATAAN

Saya/Kami sebagai Kuasa/Wakil Perusahaan yang mengajukan permintaan asuransi atas nama Perusahaan tersebut di atas dengan ini menyatakan bahwa:

1. Saya/Kami telah memberikan informasi yang benar sesuai dengan data Perusahaan yang ada.
2. Peserta/orang-orang yang diasuransikan adalah karyawan/wati dan/atau keluarga karyawan/wati perusahaan tersebut diatas yang sesuai dengan informasi yang Saya/Kami sampaikan dan sedang dalam keadaaan yang sehat walafiat.
3. Dengan mengesampingkan pasal 1813 KUH Perdata maka pemberian kuasa ini tidak dapat dicabut/dibatalkan dan tetap berlaku meskipun Saya/Kami meninggal dunia. Faks atau fotokopi dari Pernyataan dan pemberian kuasa ini mempunyai kekuatan hukum yang sama kuat dan sah seperti aslinya.
4. Saya/Kami menyadari, jika ada sesuatu yang Saya/Kami ketahui dan tidak Saya/Kami beritahukan kepada PT MNC Life Assurance atau data serta informasi yang Saya/Kami berikan tidak benar, maka PT MNC Life Assurance berhak atas keputusannya sendiri untuk membatalkan pertanggungan/Polis atau menolak membayarkan Uang Pertanggungan dan dengan ini, Saya/Kami membebaskan PT MNC Life Assurance dari segala gugatan, tuntutan, klaim atau keberatan dalam bentuk dan nama apapun juga dari pihak manapun juga.

Jakarta, - - *(tgl-bln-thn)*

MATERAI Rp. 6000,-

TANDATANGAN, NAMA JELAS & CAP PERUSAHAAN

***Harap melampirkan Fotokopi dokumen**