PT ASURANSI WAHANA TATA

FORMULIR IDENTITAS NASABAH

☐ PENGISIAN AWAL ☐ PENGKINIAN DATA NOMOR ID NASABAH:

NASABAH PERORANGAN

Nama Lengkap	:				
Tempat/Tanggal Lahir	:			Jenis Kelamin	: ☐ Pria ☐ Wanita
Alamat	:			Kota	:
				Kode Pos	:
				No. Telp Rumah	:
				No. HP	:
				Email	:
Kewarganegaraan (pilih salah satu)	: ☐ WNI	Lampirkan:	☐ KTP No:	☐ SIM	☐ PASPOR Berlaku s/d:
	☐ WNA	Lampirkan:	☐ PASPOR No:	☐ KIMS	☐ KITAS ☐ KITAP Berlaku s/d:
	☐ NPWP (bila sudah mempunyai)			Nomor:	
Status Perkawinan	: ☐ Belum Kawin		☐ Kawin	☐ Cerai	☐ Duda/Janda

SUMBER PENDANAAN

Pekerjaan	: ☐ PNS/Anggota TNI	☐ Karyawan Swasta/BUMN	☐ Wirausaha	☐ Lainnya:
Nama Perusahaan	:		Bidang Usaha:	
Alamat Perusahaan	:		Kota	:
			Kode Pos	:
			No. Telp	:
			Fax	:
Jabatan	:	Masa Bekerja:	Tahun	Bulan
Penghasilan Kotor Per Bulan	: ☐ Rp. 1-50 Juta	☐ Rp. 50-100 Juta	☐ >Rp. 100 Juta	
Sumber Penghasilan	: ☐ Hasil Usaha	☐ Gaji Bulanan	☐ Wirausaha	☐ Lainnya:

NASABAH INSTITUSI/PERUSAHAAN

Nama Perusahaan	:			Bidang Usaha	:
Alamat Perusahaan	:			Kota	:
				Kode Pos	:
				No. Telp	:
				Fax	:
Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP)	:				☐ Terlampir
Nomor Surat Ijin Usaha Perdagangan (SIUP)	:				☐ Terlampir
Nomor Tanda Daftar Perusahaan (TDP)	:				☐ Terlampir
Akta Pendirian dan Pengesahan dari Menteri Hukum dan HAM	:				☐ Terlampir
Nama Direktur Utama/Pemegang Kuasa	:				
Kewarganegaraan (pilih salah satu)	: ☐ WNI	Lampirkan:	☐ KTP No:	☐ SIM	☐ PASPOR ☐ Surat Kuasa Berlaku s/d:
	☐ WNA	Lampirkan:	☐ PASPOR No:	☐ KIMS1	☐ KITAS2 ☐ KITAP3 Berlaku s/d: ☐ Surat Kuasa

INFORMASI TAMBAHAN

Polis lain yang telah dimiliki	: a. Nomor:	Jenis:	Premi:
	b. Nomor:	Jenis:	Premi:
Tujuan Menutup Asuransi	: ☐ Perlindungan terhadap harta kekayaan/Aset Perusahaan		
	☐ Lainnya:		
Apakah memiliki hubungan dengan Negara yang tidak menerapkan rekomendasi FATF?	☐ Ya, Sebutkan:		
	☐ Tidak		

BENEFICIAL OWNERS
(Identitas Penerima Kuasa yang bertindak untuk dan atas nama Calon Nasabah)

Nama Lengkap	:	Jenis Kelamin	: ☐ Pria ☐ Wanita
Hubungan dengan Calon Nasabah	:	Surat Kuasa:	☐ Terlampir

PERNYATAAN NASABAH

Saya/Kami dengan ini menyatakan bahwa :

1. Seluruh keterangan tersebut di atas dibuat dengan sejujurnya dan sesuai dengan keadaan sebenarnya menurut pengetahuan saya atau yang seharusnya saya ketahui;
2. Keterangan tersebut akan digunakan sebagai dasar dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Surat Permohonan Penutupan Asuransi (SPPA);
3. Keberadaan dana yang ada saat ini tidak bertentangan dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku di Negara Indonesia.

, 20

Nama & Tanda Tangan Nasabah/Calon Nasabah
Cap Perusahaan/Yayasan

REFERENSI MARKETING (diisi oleh petugas marketing)

Nama:	Cabang:
Tingkat *Customer Due Diligence (CDD)*: ☐ Rendah ☐ Sedang ☐ Tinggi	

FormKYC/VIFINAL/MKTSUPPORT/IX/2014