

APPLICATION FORM/*FORMULIR APLIKASI*  
**ZURICH Passport**  
 Travel Insurance/*Asuransi Perjalanan*



Sudirman Plaza, 8th Floor, Indofood Tower  
 Jl. Jend. Sudirman Kav. 76-78, Jakarta 12910  
 T: 579 367 70 F: 255 436 70

You are to disclose in this Application Form, fully and faithfully, all the facts which you know or ought to know in respect of the risk that is being proposed; otherwise, the Policy issued hereunder may be voided.  
 Anda wajib memberikan semua fakta yang Anda ketahui berkaitan dengan resiko yang sedang diajukan secara lengkap dan sejujur-jujurnya; apabila tidak, maka Polis yang diterbitkan dapat di batalkan.

No	Name (as in ID/Passport)/Nama (sesuai KTP/Paspor)	Date of Birth (dd/mm/yy)/Tanggal lahir	ID/Passport Number/ No. KTP/paspor

Address : \_\_\_\_\_ Postal Code : \_\_\_\_\_  
 Alamat Kode Pos : \_\_\_\_\_  
 Phone : \_\_\_\_\_ Mobile Phone : \_\_\_\_\_  
 Telepon HP : \_\_\_\_\_  
 Email : \_\_\_\_\_ Occupation : \_\_\_\_\_  
 Email Pekerjaan : \_\_\_\_\_  
 Beneficiary : \_\_\_\_\_ Relation : \_\_\_\_\_  
 Ahli Waris Hubungan : \_\_\_\_\_

Kindly tick  on your choices  
 Beri tanda pada pilihan Anda

<b>Policy Type/Tipe Polis</b>	<b>Plan/Rencana</b>	<b>Area/Area</b>	<b>Benefit level/Tingkat benefit</b>
<input type="checkbox"/> Short Term Jangka Pendek	<input type="checkbox"/> Individual Individu	<input type="checkbox"/> Worldwide Seluruh Dunia	<input type="checkbox"/> Gold Gold
<input type="checkbox"/> Annual Tahunan	<input type="checkbox"/> Family Keluarga	<input type="checkbox"/> ASEAN Plus ASEAN Plus	<input type="checkbox"/> Silver Silver

If you are applying for Short Term Policy, please be advised that the maximum per trip period is 180 days, and 90 days/trip for Annual Policy  
 Jika Anda memilih Polis Jangka Pendek, maksimum periode untuk 1 perjalanan adalah 180 hari, sedangkan untuk Polis Tahunan adalah 90 hari

Furthest Destination from Indonesia : \_\_\_\_\_ No. of Days Covered/Jumlah Hari yang Ditanggung : \_\_\_\_\_ US\$ \_\_\_\_\_  
 Tujuan Terjauh Additional Week(s)/Tambahan Minggu : \_\_\_\_\_ US\$ \_\_\_\_\_  
 Departure Date/ Tanggal Keberangkatan Arrival Date/ Tanggal Kepulangan Total Premium/Jumlah Premi : \_\_\_\_\_ US\$ \_\_\_\_\_  
 DD/Tgl MM/Bulan YY/Tahun DD/Tgl MM/Bulan YY/Tahun Policy Cost & Stamp/Biaya Polis & Materai : \_\_\_\_\_ US\$ 2.5  
 Total Premium Due/Total Premi : \_\_\_\_\_ US\$ \_\_\_\_\_

Please fill in the below questions, as it is required based on the Ministry of Finance decree No. 74/PMK.012/2006 on Know Your Customer Principle  
 Silahkan mengisi pertanyaan-pertanyaan dibawah, yang dibutuhkan berdasarkan Peraturan Menteri Keuangan RI No.74/PMK.012/2006 sehubungan dengan Prinsip Mengenai Nasabah

**Income Data/Data Penghasilan**  
 Fixed Income per Year  below 10 million  10-50 million  51-100 million  above 100 million  
 Jumlah Penghasilan Tetap per Tahun  dibawah 10 juta  10-50 juta  51-100 juta  diatas 100 juta  
 Fund Resources for Premium Payment  salary/business profit  saving/deposit  others, please specify \_\_\_\_\_  
 Sumber Dana untuk Pembayaran Premi  gaji/keuntungan bisnis  tabungan/deposito  lainnya, sebutkan \_\_\_\_\_

Tax Registration Number \_\_\_\_\_  
 NPWP, jika ada

**Your choice of payment method**

Cash Tunai  
 Bank Transfer Transfer Bank  
 VISA  MasterCard \_\_\_\_\_  
 Card Expiry Date/Masa Berlaku \_\_\_\_\_  
 Cardholder's Name : \_\_\_\_\_  
 Nama Pemegang Kartu \_\_\_\_\_  
 Card Account No. \_\_\_\_\_  
 No Kartu Kredit \_\_\_\_\_  
 \*Policy will be issued upon approval of the respective credit card company  
 \*Polis akan diterbitkan jika sudah ada persetujuan dari Bank yang mengeluarkan Kartu Kredit

**Statement & Signature**

Upon signing this Application Form, I/We hereby declare that all of the above information and statements are correct and therefor serve as the basis of coverage.  
 I/We have read, understood and agreed to the terms and conditions herein and no liability will be undertaken until the proposal has been agreed by Zurich Insurance Indonesia (ZII) and premium has been paid in full.  
 I/We understand that the travel made is started from Indonesia whereas the duration of the trip do not exceed 180 days for short term Policy and 90 days per trip for Annual Policy, and such trip is not intended for medication purpose or anything to do with healthcare or medical treatment and that I/We are in good health and free from physical impairment of deformity.  
 I/We agree that any information furnished to ZII may be used and disclosed by ZII, affiliated companies or any third parties for any matters relating to this application, any policy issued and to provide information concerning products and services which ZII believes may be of interest to me/us and to communicate with me/us for any purpose.

**Pernyataan & Tanda Tangan**

Pada saat penandatanganan Formulir Aplikasi ini, Saya/Kami menyatakan bahwa semua informasi dan pernyataan adalah benar dan akan menjadi dasar kontrak asuransi.  
 Saya/Kami telah membaca, mengerti dan menyetujui ketentuan-ketentuan di dalam Formulir ini dan tidak perlindungan asuransi tidak akan dimulai sampai permohonan ini disetujui oleh Zurich Insurance Indonesia (ZII) dan premi diterima penuh.  
 Saya/Kami mengerti bahwa perjalanan yang dilakukan berawal dari Indonesia dimana durasi dari perjalanan tidak boleh melebihi 180 hari untuk polis jangka pendek dan 90 hari/perjalanan untuk polis tahunan, dan maksud dari perjalanan bukan untuk tujuan medis atau mendapatkan perawatan medis dan Saya/Kami dalam keadaan sehat dan bebas dari segala gangguan fisik dan atau cacat badan.  
 Saya/Kami setuju bahwa semua informasi yang diberikan ke ZII dapat digunakan dan diungkapkan baik oleh ZII, perusahaan afiliasinya atau pihak ketiga lainnya sehubungan dengan aplikasi ini, penerbitan polis dan untuk pemberian informasi mengenai produk dan pelayanan yang dipercaya ZII menarik dan harus dikomunikasikan kepada Saya/Kami untuk keperluan apapun.

Insured's Signature/ Authorized Representatives

Date:

Producer's Name:

Producer's Code: