

Nama Pemohon (Name of Applicant): **ABDUL FARDI**  
 Alamat (Address): **Jl. Panyileukan no. 28 CIBIRU, BANDUNG**  
**JAWA BARAT**

Telp (Phone): **0857 258698**

Fax:

Email: **fardi@gmail.com**

Negara Tempat Tinggal (Country of Residence): **INDONESIA** Negara Tujuan (Country (ies) to be visited):

**GERMAN**

Silahkan  Kotak yang Sesuai (Please  The Appropriate Box) - Pilihan Pertanggungjanaan (Coverage Selected)  Premier Plan

Executive Plan

Tanggal Bertakunya Polis (Policy Effective Date): **20 08 MM/ 20 DD/ 17 YY**

Nama Ahli Waris (Name of Appointed Beneficiary): **AVICENNA MUNGGARAN**

Hubungan dengan Tertanggung (Relation to Insured): **father**

No.	Nama Tertanggung (Name of Insured)	Jen-kel (Sex)	Tgl. Lahir (MM/DD/YY) (Date of Birth)	No. Paspor (Passport No.)	Opsi Perlindungan Mobil Sewaan (Optional Rental Car Protection MM/DD/YY)	Premi dalam US\$ (Premium in US\$)
1.	ABDUL FARDI	M	29/05/88		Dari (From) <b>07/06/17</b> Untuk (For) <b>10</b> Hari (Days)	
2.					Dari (From) / / Untuk (For) Hari (Days)	
3.					Dari (From) / / Untuk (For) Hari (Days)	
4.					Dari (From) / / Untuk (For) Hari (Days)	
5.					Dari (From) / / Untuk (For) Hari (Days)	

Terlampir cek Pembayaran sebesar US\$ \_\_\_\_\_ yang ditujukan ke:  
 (Hereby I Enclose my check for US\$ payable to): **PT. MALACCA TRUST WUWUNGAN INSURANCE**

American Express  Visa  MasterCard No. Kartu (Card No.) \_\_\_\_\_

Masa Berlaku (Expiry Date MM/YY): \_\_\_\_\_ /

Nama Pemegang Kartu (Name of Cardholder): \_\_\_\_\_

Hubungan dengan Pemohon (Relationship to Applicant): \_\_\_\_\_

T.T.D (Signature of Cardholder): \_\_\_\_\_

**Pernyataan / Declaration:** Dengan ini saya mengajukan permohonan untuk Polis asuransi perjalanan Annual Travel Plan berdasarkan pernyataan-pertanyaan diatas, dan menjamin bahwa sepanjang pengetahuan dan keyakinan saya tidak ada Tertanggung yang melakukan perjalanan berlawanan dengan nasihat dari seorang praktisi medis atau untuk tujuan memperoleh pengobatan medis dan saya memahaminya bahwa pengobatan untuk penyakit yang sudah ada sebelumnya, yang ada, pengobatan berulang, atau kondisi medis bawaan tidak diasuransikan. Saya juga menjamin bahwa saya tidak mengetahui adanya kondisi, penyebab, atau keadaan yang mungkin memerlukan pembatalan atau pembatasan perjalanan sesuai yang direncanakan. I hereby apply for a Annual Travel Plan to be based on the above statements, and warrant that to the best of my knowledge and belief that no Insured Person is traveling contrary to the advice of a medical practitioner or for the purpose of obtaining medical treatment and that I Understand treatment of any pre-existing, existing, recurring, or congenital medical condition is not insured. I further warrant that I am not aware of any condition, cause, or circumstances that may necessitate the cancellation or curtailment of the journey as planned.

Tanda Tangan Pemohon (Applicant Signature): 

Tanggal (Date): **07** MM **08** DD **17** YY Agen/Broker: \_\_\_\_\_