

Formulir Pengkinian dan Perluasan Data untuk Penerima Manfaat

Mohon menandatangani formulir ini setelah diisi dengan lengkap dan benar. Jangan menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong
 Mohon mengisi dengan menggunakan huruf cetak/kapital, jelas dan memberikan tanda centang (v) pada kotak pilihan yang sesuai.

Nomor Polis

Perubahan Penerima Manfaat

No	Nama Penerima Manfaat	Hubungan dengan Tertanggung	Komposisi Pembagian Manfaat
1			
2			
3			
4			
5			
TOTAL			100%

Informasi Pribadi Penerima Manfaat 1

Nama Lengkap sesuai Identitas*

Jenis Identitas* KTP Paspor SIM KITAS *(Nama hanya merupakan koreksi bukan perubahan)*

Nomor Identitas*

Negara & Kota Lahir &

Tanggal Lahir (tgl-bln-thn)* - -

Jenis Kelamin Pria Wanita

Alamat Korespondensi

No RT/RW /

Kelurahan / Kecamatan /

Kota / Propinsi /

Kode Pos*

Informasi Kontak

HP 1*

HP 2

No Telepon Rumah -

Alamat E-mail *

Informasi Pribadi Penerima Manfaat 2

Nama Lengkap sesuai Identitas*

Jenis Identitas* KTP Paspor SIM KITAS *(Nama hanya merupakan koreksi bukan perubahan)*

Nomor Identitas*

Negara & Kota Lahir &

Tanggal Lahir (tgl-bln-thn)* - -

Jenis Kelamin Pria Wanita

Alamat Korespondensi

No RT/RW /

Kelurahan / Kecamatan /

Kota / Propinsi /

Kode Pos*

Informasi Kontak

HP 1*

HP 2

No Telepon Rumah -

Alamat E-mail *

Informasi Pribadi Penerima Manfaat 3

Nama Lengkap sesuai Identitas*

Jenis Identitas* KTP Paspor SIM KITAS *(Nama hanya merupakan koreksi bukan perubahan)*

Nomor Identitas*

Negara & Kota Lahir &

Tanggal Lahir (tgl-bln-thn)* - -

Jenis Kelamin Pria Wanita

Alamat Korespondensi
 No RT/RW /

Kelurahan / Kecamatan /

Kota / Propinsi /

Kode Pos*

Informasi Kontak

HP 1*

HP 2

No Telepon Rumah -

Alamat E-mail*

Informasi Pribadi Penerima Manfaat 4

Nama Lengkap sesuai Identitas*

Jenis Identitas* KTP Paspor SIM KITAS *(Nama hanya merupakan koreksi bukan perubahan)*

Nomor Identitas*

Negara & Kota Lahir &

Tanggal Lahir (tgl-bln-thn)* - -

Jenis Kelamin Pria Wanita

Alamat Korespondensi
 No RT/RW /

Kelurahan / Kecamatan /

Kota / Propinsi /

Kode Pos*

Informasi Kontak

HP 1*

HP 2

No Telepon Rumah -

Alamat E-mail*

Informasi Pribadi Penerima Manfaat 5

Nama Lengkap sesuai Identitas*

Jenis Identitas* KTP Paspor SIM KITAS *(Nama hanya merupakan koreksi bukan perubahan)*

Nomor Identitas*

Negara & Kota Lahir &

Tanggal Lahir (tgl-bln-thn)* - -

Jenis Kelamin Pria Wanita

Alamat Korespondensi
 No RT/RW /

Kelurahan / Kecamatan /

Kota / Propinsi /

Kode Pos*

Informasi Kontak

HP 1*

HP 2

No Telepon Rumah -

Alamat E-mail*

Sarana Komunikasi

Saya bersedia dihubungi oleh Astra Life sehubungan dengan informasi mengenai produk, layanan, dan program terbaru dari Astra Life melalui sarana komunikasi pribadi? Bersedia Tidak Bersedia

Saya bersedia dihubungi oleh Astra Life melalui** Telepon Email SMS Surat

Saya bersedia dihubungi oleh Astra Life pada waktu** Pagi Siang Sore Malam

Saya bersedia untuk dikirimkan endosemen melalui email Bersedia Tidak Bersedia

*** tidak wajib diisi apabila nasabah tidak bersedia untuk dihubungi*

Seluruh data atau keterangan yang tertera pada Formulir Pengkinian dan Perluasan Data untuk Penerima Manfaat ("Formulir") ini dan seluruh data/identitas Nasabah yang diberikan kepada PT Astra Aviva Life ("Astra Life") adalah benar, akurat, dan lengkap. Astra Life dengan ini dibebaskan dari segala tuntutan dan/atau gugatan dalam bentuk apapun dan dari pihak manapun dikemudian hari sebagai akibat yang timbul dari pemberian data, keterangan, dan/atau identitas yang tidak benar, tidak akurat, dan/atau tidak lengkap oleh Nasabah sehubungan dengan pengisian Formulir ini.

Ditandatangani di _____, pada tanggal _____ (tgl/bln/thn)

--

Nama Jelas & Tanda Tangan Pemegang Polis/ Tertanggung/ Pembayar Polis

**wajib diisi*