



Formulir Pengkinian dan Perluasan Data Nasabah

Agar Kami dapat meningkatkan komunikasi dengan Anda dan selalu memberikan informasi terkini mengenai pelayanan Polis yang Anda miliki di PT Astra Aviva Life, mohon agar dapat meluangkan waktu untuk mengisi formulir Pengkinian dan Perluasan Data berikut ini agar kami dapat memperbaharui Data pribadi Anda yang tentunya senantiasa kami jaga kerahasiaannya. Beberapa hal yang perlu Anda perhatikan :

1. Mohon mengisi dengan menggunakan huruf cetak/kapital, jelas dan memberikan tanda centang (v) pada kotak pilihan yang sesuai
2. Mohon menandatangani formulir ini setelah diisi dengan lengkap dan benar. Jangan menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong
3. Mengirimkan kembali formulir yang sudah terisi beserta foto kartu identitas melalui email hello@astralife.co.id
4. Setelah data diterima, PT Astra Aviva Life akan menghubungi Anda kembali untuk melakukan konfirmasi perihal Pengkinian Data yang telah Anda berikan

Nomor Polis Pemegang Polis Tertanggung Pembayar Polis

Informasi Pribadi

Nama Lengkap sesuai ID*					
Jenis Identitas*	<input type="checkbox"/> KTP	<input type="checkbox"/> Paspor	<input type="checkbox"/> KITAS	<i>(Nama hanya merupakan koreksi bukan perubahan)</i>	
Nomor Identitas*					
Kewarganegaraan*	<input type="checkbox"/> WNI	<input type="checkbox"/> WNA,	Negara*		
Negara & Kota Lahir*					
Tanggal Lahir (tgl-bln-thn)*					
Jenis Kelamin*	<input type="checkbox"/> Pria	<input type="checkbox"/> Wanita			
Status Pernikahan*	<input type="checkbox"/> Belum Menikah	<input type="checkbox"/> Menikah	<input type="checkbox"/> Janda/Duda		
Agama	<input type="checkbox"/> Islam	<input type="checkbox"/> Protestan	<input type="checkbox"/> Hindu	<input type="checkbox"/> Kong Hu Cu	
	<input type="checkbox"/> Katolik	<input type="checkbox"/> Budha	<input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan _____		
Pendidikan Formal	<input type="checkbox"/> Tidak/Belum Sekolah	<input type="checkbox"/> SMP	<input type="checkbox"/> D1	<input type="checkbox"/> D4	<input type="checkbox"/> S3
	<input type="checkbox"/> TK	<input type="checkbox"/> SMU	<input type="checkbox"/> D2	<input type="checkbox"/> S1	
	<input type="checkbox"/> SD	<input type="checkbox"/> Sarjana Muda	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> S2	

Apakah Anda pemegang kartu US Green Card atau memiliki kartu Ijin Tetap tinggal di Amerika Serikat atau Wajib Pajak di Luar Negeri?

Jika Anda menjawab Ya maka Anda harus mengisi form deklarasi CRS/FATCA (yang akan dikirimkan kemudian)

Ya Tidak

Alamat dan Informasi Kontak

1. Alamat sesuai Kartu Identitas*					
	RT/RW		Kelurahan		Kecamatan
	Kota		Provinsi		Kode Pos
2. Alamat Kantor					
	RT/RW		Kelurahan		Kecamatan
	Kota		Provinsi		Kode Pos
3. Alamat Korespondensi*	<input type="checkbox"/> Alamat sesuai identitas	<input type="checkbox"/> Alamat Kantor	<input type="checkbox"/> Alamat lainnya		
4. Alamat Korespondensi <i>(jika diisi alamat lainnya)</i>					
	RT/RW		Kelurahan		Kecamatan
	Kota		Provinsi		Kode Pos

5. Informasi Kontak	Handphone*			
	No. Telepon Rumah		-	
	No. Telepon Kantor		-	
6. Alamat email*				

Informasi Pekerjaan

Klasifikasi Pekerjaan*	<input type="checkbox"/> Ibu Rumah Tangga/Tidak Bekerja	<input type="checkbox"/> Pengurus Yayasan/LSM/Ormas/Lembaga Keagamaan	
	<input type="checkbox"/> Pegawai BUMN/BUMD	<input type="checkbox"/> Pengusaha/Wiraswasta	
	<input type="checkbox"/> Pegawai Swasta	<input type="checkbox"/> PNS (termasuk pensiunan)	
	<input type="checkbox"/> Pejabat Pemerintahan/Negara	<input type="checkbox"/> Profesional (<i>Pengacara, Dokter, dll</i>)	
	<input type="checkbox"/> Pelajar/Mahasiswa	<input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan _____	
Bidang Pekerjaan*	<input type="checkbox"/> Angkutan Barang (Freight Forwarding)	<input type="checkbox"/> Partai Politik	<input type="checkbox"/> Pertanian/Perikanan/Kerajinan
	<input type="checkbox"/> Hukum	<input type="checkbox"/> Pendidikan	<input type="checkbox"/> Properti & Ritel
	<input type="checkbox"/> Kehutanan	<input type="checkbox"/> Perdagangan Barang Mewah	<input type="checkbox"/> SPBU
	<input type="checkbox"/> Kesehatan	<input type="checkbox"/> Pertambangan	<input type="checkbox"/> TNI/ Polri
	<input type="checkbox"/> Lembaga Keuangan	<input type="checkbox"/> Lembaga Legislatif, Eksekutif, atau Yudikatif Negara	
Nama Perusahaan			
Jabatan			
NPWP*			

Penghasilan dan Sumber Penghasilan

Sumber Dana*	<input type="checkbox"/> Gaji	<input type="checkbox"/> Warisan/Hibah	<input type="checkbox"/> Hasil Investasi/Tabungan	
	<input type="checkbox"/> Bisnis Pribadi	<input type="checkbox"/> Bonus/Insentif/Komisi	<input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan _____	
Penghasilan Bersih / Bulan*	<input type="checkbox"/> Tidak Ada	<input type="checkbox"/> Rp 5-10 juta	<input type="checkbox"/> Rp 25-50 juta	<input type="checkbox"/> > Rp 100juta
	<input type="checkbox"/> <Rp 5 juta	<input type="checkbox"/> Rp 10-25 juta	<input type="checkbox"/> Rp 50-100 juta	

Informasi Lainnya

Identitas Pemilik Manfaat* (<i>mohon melampirkan fotokopi identitas</i>)			
Apakah Anda memiliki Asuransi selain Asuransi Astra Life?	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya, sebutkan _____	
Rencana finansial Anda di masa depan*	<input type="checkbox"/> Proteksi	<input type="checkbox"/> Masa Tua/Pensiun	
	<input type="checkbox"/> Pendidikan	<input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan _____	
	<input type="checkbox"/> Tabungan/Investasi		

Seluruh data atau keterangan yang tertera pada Formulir Penginjian dan Perluasan Data Nasabah ("Formulir") ini dan seluruh data/identitas Nasabah yang diberikan kepada PT Astra Aviva Life ("Astra Life") adalah benar, akurat, dan lengkap. Nasabah bertanggung jawab sepenuhnya atas segala akibat yang timbul dari pemberian data, keterangan, atau identitas yang tidak benar, tidak akurat, atau tidak lengkap dan Nasabah dengan ini membebaskan Astra Life dari segala tuntutan dan/atau gugatan dalam bentuk apapun dan dari pihak manapun termasuk dari Nasabah sehubungan dengan hal tersebut dan pengisian Formulir ini.

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

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

*) wajib diisi