

FORMULIR PENGKINIAN DATA NASABAH

Customer Data Update Form

MOHON AGAR DATA DIISI DENGAN BENAR DAN LENGKAP SERTA DAPAT DICORET/ DIBERI TANDA [✓] BILA DIPERLUKAN OLEH PEMEGANG POLIS | JIKA PENGISIAN SALAH HARAP DICORET & DITANDATANGANI OLEH PEMEGANG POLIS DAN TIDAK DIPERBOLEHKAN MENGGUNAKAN TIPE-X

A. DATA PEMEGANG POLIS

Nomor Polis :

Nama Pemegang Polis :

Jenis Kelamin (pilih salah satu) : Laki-Laki Perempuan

Nomor Identitas / e-KTP : Tidak berubah Berubah menjadi :

Tempat, Tanggal Lahir Pemegang Polis :

Nomor Handphone : Tidak berubah Berubah menjadi:

Email : Tidak berubah Berubah menjadi:

Alamat Sesuai KTP :

Kota/Kab : _____ Provinsi : _____ Kode Pos : _____

Alamat Saat ini : _____
(diisi jika berbeda dengan KTP)

Kota/Kab : _____ Provinsi : _____ Kode Pos : _____

Agama :

Status Pernikahan : Lajang Duda / Janda Menikah

Pekerjaan Saat ini :

Nama Kantor / Alamat Tempat Bekerja : _____

B. DATA TERTANGGUNG (diisi jika berbeda dengan Pemegang Polis)

Nama Pemegang Polis :

Jenis Kelamin (pilih salah satu) : Laki-Laki Perempuan

Nomor Identitas / e-KTP : Tidak berubah Berubah menjadi :

Tempat, Tanggal Lahir Pemegang Polis :

Nomor Handphone : Tidak berubah Berubah menjadi:

Email : Tidak berubah Berubah menjadi:

Alamat Sesuai KTP :

Kota/Kab : _____ Provinsi : _____ Kode Pos : _____

Alamat Saat ini : _____
(diisi jika berbeda dengan KTP)

Kota/Kab : _____ Provinsi : _____ Kode Pos : _____

Agama :

Status Pernikahan : Lajang Duda / Janda Menikah

Pekerjaan Saat ini :

Nama Kantor / Alamat Tempat Bekerja : _____

Hubungan dengan Pemegang Polis : _____

FORMULIR PENGKINIAN DATA NASABAH

Customer Data Update Form

C. DATA PENERIMA MANFAAT ASURANSI

Mohon agar dapat diisi sesuai Data dan Ejaan Nama yang benar sesuai dengan dokumen yang dilampirkan

Urutan ke-	Nama Lengkap	Tempat, Tanggal Lahir	Hubungan dengan Pemegang Polis

D. DOKUMEN YANG DILAMPIRKAN

- | | | |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fotocopy eKTP Pemegang Polis | <input type="checkbox"/> Fotocopy eKTP Tertanggung | <input type="checkbox"/> Fotocopy Kartu Keluarga |
| <input type="checkbox"/> Fotocopy Akte Kelahiran | <input type="checkbox"/> Fotocopy Akte Nikah/Cerai | <input type="checkbox"/> Lainnya _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

E. PERNYATAAN PEMEGANG POLIS

Dengan menandatangani formulir pengkinian data nasabah ini, Saya menyatakan bahwa informasi yang tertera dalam formulir ini adalah benar dan Saya setuju untuk mengubah data polis Saya sesuai dengan informasi yang tercantum dalam formulir ini. Apabila terdapat perubahan data di kemudian hari Saya akan melakukan pengkinian data melalui Kantor Perwakilan terdekat atau menghubungi *Call Center* IFG Life (021)1500176 atau melalui email customer_care@ifg-life.id

_____20

(Tanda Tangan & Nama Lengkap Pemegang Polis)