

## FORMULIR TAMBAHAN DATA CALON PEMBAYAR PREMI (Diisi oleh Calon Pemegang Polis)

### PEMBERITAHUAN

Mohon di baca sebelum Anda menandatangani dan menyerahkan Formulir ini

\* Anda wajib mengisi dengan benar dan lengkap untuk semua pertanyaan di bawah ini, apabila sesuai dengan pengajuan asuransi anda  
\* Anda wajib menandatangani apabila ada koreksi penulisan/coresotan atas pengisian yang telah Anda lakukan.

\* Beneficial Owner adalah setiap orang yang memiliki dana, yang mengendalikan transaksi Nasabah, yang memberikan kuasa atas terjadinya suatu transaksi dan/atau melakukan pengendalian melalui badan hukum atau perjanjian

### A. DATA CALON PEMBAYAR PREMI

1. Nama Lengkap (sesuai kartu identitas)	<input style="width: 100%;" type="text"/>
2. Jenis Kartu Identitas	<input type="checkbox"/> KTP <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Paspor
3. Nomor Kartu Identitas	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Tanggal Kadaluarsa (tgl/bln/thn)	<input style="width: 100%;" type="text"/>
4. Tempat & Tanggal Lahir (tgl/bln/thn)	<input style="width: 100%;" type="text"/>
5. Kewarganegaraan	<input type="checkbox"/> WNI <input type="checkbox"/> WNA Negara <input style="width: 100%;" type="text"/>
6. Jenis Kelamin	<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita
7. Status Perkawinan	<input type="checkbox"/> Belum Kawin <input type="checkbox"/> Kawin <input type="checkbox"/> Duda/Janda
8. Alamat Domisili	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	RT <input style="width: 100%;" type="text"/> RW <input style="width: 100%;" type="text"/> Kel <input style="width: 100%;" type="text"/>
	Kec <input style="width: 100%;" type="text"/> Kota <input style="width: 100%;" type="text"/>
	Provinsi <input style="width: 100%;" type="text"/> Kode Pos <input style="width: 100%;" type="text"/>
9. Informasi Kontak	Telepon <input style="width: 100%;" type="text"/>
	Faksimili <input style="width: 100%;" type="text"/>
	Handphone <input style="width: 100%;" type="text"/>
	Email <input style="width: 100%;" type="text"/>
10. Pekerjaan	<input type="checkbox"/> Wiraswasta <input type="checkbox"/> Peg. Swasta <input type="checkbox"/> Peg. BUMN/BUMD <input type="checkbox"/> PNS <input type="checkbox"/> TNI/POLRI <input type="checkbox"/> Profesional (Dokter, Pengacara, Akuntan, dll.) <input type="checkbox"/> Lainnya, <input style="width: 100%;" type="text"/>
11. Bidang Usaha	<input style="width: 100%;" type="text"/>
12. Jabatan	<input style="width: 100%;" type="text"/>
13. Nama Institusi Tempat Bekerja	<input style="width: 100%;" type="text"/>
14. Alamat Institusi	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	RT <input style="width: 100%;" type="text"/> RW <input style="width: 100%;" type="text"/> Kel <input style="width: 100%;" type="text"/>
	Kec <input style="width: 100%;" type="text"/> Kota <input style="width: 100%;" type="text"/>
	Provinsi <input style="width: 100%;" type="text"/> Kode Pos <input style="width: 100%;" type="text"/>
15. Nomor Telepon Kantor	<input style="width: 100%;" type="text"/>
16. Nomor NPWP	<input style="width: 100%;" type="text"/>
17. Hubungan dengan Calon Tertanggung	<input type="checkbox"/> Diri Sendiri <input type="checkbox"/> Orang Tua <input type="checkbox"/> Suami/Istri <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Kakak/Adik

### PERNYATAAN

- Saya/Kami menyatakan bahwa semua informasi dalam Formulir Tambahan Data Calon Pembayar Premi ini sebagai data terbaru yang lengkap dan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya
- Saya/Kami juga bersedia, sekiranya diperlukan, untuk memberikan dokumen - dokumen lain yang diperlukan yang berhubungan dengan data Calon Pembayar Premi

Ditandatangani di:

/  /   
tanggal / bulan / tahun

( \_\_\_\_\_ )  
Tanda tangan dan nama lengkap Calon Pemegang Polis