

FORM PENGKINIAN DATA

Nomor Polis

A. DATA PEMEGANG POLIS PERORANGAN

1. Nama Lengkap
(Sesuai dengan Kartu identitas)

2. Nomor Kartu Identitas Jenis Identitas (KTP/Passport)
 Seumur Hidup Berlaku hingga / / (TGL-BLN-THN)

3. Tempat Lahir Tanggal Lahir / / (TGL-BLN-THN)

5. Kewarganegaraan Indonesia Lainnya

7. Status Pernikahan Belum menikah Menikah Janda / Duda

8. Alamat Tempat Tinggal

 Kota Madya / Kabupaten
 Kota Kode Pos Negara
 Telepon -

9. Alamat Tempat Bekerja

 Kota Madya / Kabupaten
 Kota Kode Pos Negara
 Telepon -

11. Nomor Handphone
Untuk pengiriman informasi melalui SMS and Telepon sehubungan dengan Polis Anda

12. Email
Untuk korespondensi rutin melalui email agar dapat memberi layanan dan informasi yang lebih cepat

13. Nomor NPWP Tidak ada

14. a. Pekerjaan :
 b. Nama Perusahaan/Instansi
 c. Bidang Usaha
 d. Jabatan & Detail Pekerjaan

15. Jumlah Penghasilan Kotor per tahun dari pekerjaan/hasil usaha Rp/USD

16. Penghasilan lainnya per tahun Rp/USD

17. Sumber Penghasilan lainnya *(Boleh lebih dari satu)*

18. Tujuan Pembelian Asuransi Proteksi Investasi Lainnya

19. Sumber dana pembayaran Premi Gaji Warisan Hasil Investasi Pencairan Investasi/Tabungan Laba Usaha Lainnya

B. DATA BENEFICIAL OWNER *(jika ada)*

Beneficial Owner adalah pihak ketiga selain Tertanggung atau Pemegang Polis yang melakukan/mengendalikan pembayaran Premi, yang memiliki dana, mengendalikan transaksi Polis, yang memberi kuasa atas terjadinya transaksi dan/atau yang melakukan pengendalian atas Pemegang Polis melalui badan hukum atau perjanjian

1. Nama Lengkap Beneficial Owner
(Sesuai dengan Kartu identitas)

2. Nomor Kartu Identitas Jenis Identitas (KTP/Passport)
 Seumur Hidup Berlaku hingga / / (TGL-BLN-THN)

4. Tempat Lahir Tanggal Lahir / / (TGL-BLN-THN)

5. Kewarganegaraan Indonesia Lainnya

6. Jenis Kelamin Laki - laki Perempuan

7. Status Pernikahan Belum menikah Menikah Janda / Duda

8. Alamat Tempat Tinggal saat ini

 Kota Madya / Kabupaten
 Kota Kode Pos Negara
 Telepon -

9. Alamat Tempat Bekerja

 Kota Madya / Kabupaten
 Kota Kode Pos Negara
 Telepon -

11. Nomor Handphone
Untuk pengiriman informasi melalui SMS and Telepon sehubungan dengan Polis Anda

11. Email
Untuk korespondensi rutin melalui email agar dapat memberi layanan dan informasi yang lebih cepat

12. Nomor NPWP Tidak ada

13. a. Pekerjaan :

b. Nama Perusahaan/Instansi

c. Bidang Usaha

d. Jabatan & Detail Pekerjaan

14. Penghasilan Kotor per tahun dari pekerjaan/hasil usaha Rp/USD

15. Penghasilan lainnya per tahun Rp/USD

16. Sumber Penghasilan lainnya (Boleh lebih dari satu)

17. Tujuan Pembelian Asuransi Proteksi Investasi Lainnya

18. Sumber dana pembayaran Premi Gaji Warisan Hasil Investasi Pencairan Investasi/Tabungan Laba Usaha Lainnya

C. PERNYATAAN DAN SURAT KUASA

Dengan ini Saya/Kami menyatakan dan menyetujui bahwa Saya/Kami telah membaca, mengerti dan menjawab seluruh pertanyaan pada Formulir Pengkinian Data beserta Idokumen terkait lainnya yang dipersyaratkan dengan benar, jujur, lengkap dan sesuai dengan keadaan sebenarnya.

D. PERNYATAAN PENGGUNAAN INFORMASI

Saya memberikan persetujuan kepada PT Zurich Topas Life untuk memberikan data pribadi Saya kepada pihak lain untuk tujuan kegiatan usaha, kegiatan promosi atau tujuan komersial, dan membebaskan PT Zurich Topas Life dari segala tuntutan yang timbul akibat pemberian data-data.

Setuju
 Tidak Setuju

Ditandatangani di Tanggal - -

Pemegang Polis/Benefecial Owner

Tanda tangan & nama jelas

Apabila membutuhkan informasi lebih lanjut, mohon menghubungi Customer Care PT Zurich Topas Life di : customercare.indo@zurich.com atau hubungi 1500-987 (ZUR)

Should you need any further information, please contact PT Zurich Topas Life Customer Care at :

Data yang tertera di dalam formulir pengkinian data ini merupakan milik PT Zurich Topas Life, seluruh Pegawai dan Tenaga Pemasar diwajibkan untuk menjaga keamanan data dan tidak diperkenankan untuk melakukan publikasi maupun penyebaran data di luar sepengetahuan dan perizinan dari PT Zurich Topas Life. Jika formulir ini diketahui tercecer maupun tidak tersimpan dalam kondisi aman, mohon untuk dapat memberitahukan kepada PT Zurich Topas Life melalui E-mail : customercare.indo@zurich.com atau hubungi 1500-987 (ZUR)

The data contained in this form is owned by PT Zurich Topas Life, all Employees and Sales Force are required to maintain the security of this data and are not allowed to publish and disseminate without acknowledgement and consent from PT Zurich Topas Life. If you found this form unsecurely stored, please inform PT Zurich Topas Life through E-mail : customercare.indo@zurich.com or Call 1500-987 (ZUR)