

FORMULIR PENGKINIAN DATA

DATA PEMEGANG POLIS

1. Nomor Polis	:																	
Jika Pemegang Polis memiliki lebih dari 1 (satu) polis, maka nasabah cukup mendaftarkan 1 (satu) nomor polis saja.																		
2. Nama Pemegang Polis	:																	
3. Nomor ID	:																	
(Diisi NIK atau No.Paspor bagi nasabah WNA)																		
4. NPWP	:																	
5. Alamat E-mail	:																	
6. Nomor WhatsApp	:																	
7. Nomor Handphone*	:																	
*Harap isi jika beda dengan Nomor WhatsApp																		
8. Alamat Korespondensi	:																	
RT/RW	:																	
Kelurahan:	:																	
Kecamatan	:																	
Kotamadya /Kabupaten:	:																	
Propinsi	:																	
Kode Pos:	:																	
9. Pekerjaan	:																	
(Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Pegawai Negeri <input type="checkbox"/> Karyawan Swasta <input type="checkbox"/> Karyawan BUMN <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Wiraswasta <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan																	
10. Penghasilan per Tahun	:																	
(Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> < Rp60 juta <input type="checkbox"/> Rp60-180 juta <input type="checkbox"/> > Rp180-360 juta <input type="checkbox"/> > Rp360-600 juta <input type="checkbox"/> > Rp600 juta																	
11. Sumber Penghasilan	:																	
(Pilih salah satu)	<input type="checkbox"/> Gaji Tetap <input type="checkbox"/> Hasil Investasi <input type="checkbox"/> Bisnis Pribadi <input type="checkbox"/> Bonus/Komisi <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan																	

PERNYATAAN DAN KUASA

Dengan ini Saya menyatakan bahwa data dan/atau informasi pribadi yang Saya berikan di atas benar dan dapat dipertanggungjawabkan. Dan selanjutnya Saya memberikan kuasa, persetujuan, dan mengizinkan (*written consent*) kepada PT Asuransi Jiwa Sequis Life ("Penanggung") untuk melakukan pemrosesan atas informasi dan/atau data pribadi Saya antara lain; memperoleh dan mengumpulkan, mengolah dan menganalisis, menyimpan informasi dan/atau data pribadi Saya; melakukan perbaikan dan pembaruan, menampilkan, mengumumkan, melakukan transfer, menyebarluaskan, menggunakan dan/atau memberikan dan/atau mengungkapkan informasi/keterangan pribadi Saya, melakukan penghapusan atau pemusnahan, yang diperoleh atau disimpan Penanggung sesuai yang tercantum dalam Formulir ini atau sarana lain, kepada pihak-pihak lain (termasuk namun tidak terbatas kepada perusahaan reasuransi, asuransi bank atau badan hukum lain baik di dalam maupun luar negeri) yang memiliki hubungan kerja sama dengan Penanggung terkait pertanggungan asuransi, pembayaran klaim, pelayanan nasabah maupun penawaran produk/manfaat lain kepada Saya serta sebagai bukti pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku kepada Pemerintah Republik Indonesia (termasuk informasi perpajakan); dan memusnahkan informasi dan/atau data pribadi Saya berdasarkan ketentuan yang berlaku.

Pemberian kuasa ini tidak dapat ditarik kembali atau dibatalkan dan mengikat para pengganti/ahli waris dan orang yang ditunjuk dan tetap berlaku setelah Saya meninggal dunia atau dalam keadaan cacat total dan tetap atau polis telah berakhir, maupun oleh sebab-sebab yang disebutkan dalam Pasal 1813, Pasal 1814, dan Pasal 1816 Kitab Undang-undang Hukum Perdata Indonesia. Salinan kuasa ini memiliki kekuatan hukum yang sama dan mengikat seperti aslinya.

Demikian pernyataan dan kuasa ini saya buat dengan sebenar-benarnya:

Ditandatangani di:

Tanggal (tgl/bln/tahun): / /

(Nama Lengkap dan Tanda Tangan Pemegang Polis)

Harap diperhatikan:

- ▲ Pemegang Polis wajib melampirkan fotokopi e-KTP dan NPWP bersamaan dengan pengembalian formulir ini lewat NSC, RSC, atau e-mail ke care@sequislife.com.
- ▲ Nomor ID wajib diisi dengan lengkap dan benar.
- ▲ Data atau informasi yang dikinikn melalui formulir ini akan otomatis mengubah data atau informasi untuk polis lain yang dimiliki oleh Pemegang Polis.