

FORMULIR PERUBAHAN POLIS

DATA POLIS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini adalah Pemegang Polis dengan data sebagai berikut :

Nomor Polis :

Nama Pemegang Polis :

Alamat Korespondensi :

Kota : Kode Pos :

Telepon : Hp :

Pekerjaan :

Isi dan beri tanda sesuai dengan transaksi yang diinginkan

PERUBAHAN MINOR

Perubahan Alamat Korespondensi : Rumah Kantor
 Alamat :

Kota : Kode Pos :

Telepon : Fax : e-mail :

Perubahan Metode Pembayaran
 Metode Pembayaran menjadi : Tunai Auto Debet Kartu Kredit** Auto Debet Rekening Bank**

*** Lampirkan 1. Surat Kuasa Pendebetan Kartu Kredit/Rekening Bank
 2. Copy Kartu Kredit/Buku Tabungan
 3. Copy KTP/SIM/Paspor yang masih berlaku*

Perubahan Frekuensi
 Frekuensi Pembayaran menjadi : Tahunan 6 Bulanan 3 Bulanan Bulanan

- Perubahan Penerima Manfaat*
- Perubahan Pemegang Polis/Pembayar*
- Perubahan Nama Tertanggung*
- Perubahan Pekerjaan Tertanggung/Pemegang Polis

Dari	Menjadi	Persentasi **

* Lampirkan Copy Kartu Keluarga/Akte Lahir/Akte Pernikahan

** Khusus untuk perubahan penerima manfaat

PERUBAHAN MAYOR

Perubahan Uang Pertanggung dan/atau Asuransi Tambahan

Dari	Menjadi

Wajib diisi:

Sumber Dana:
 Hasil Usaha Hasil Investasi Warisan Gaji
 Lainnya, jelaskan

Jumlah Penghasilan/Tahunan
 Rp.

Saya selanjutnya mengerti dan mengetahui bahwa pengajuan perubahan ini:

- Akan diproses apabila PT. Commonwealth Life telah menerima Formulir Perubahan Polis dan dokumen yang diperlukan ataupun biaya yang telah ditentukan.
- Akan berlaku setelah disetujui oleh PT. Commonwealth Life.
- Segala biaya dan ketentuan dari biaya pengajuan perubahan ini dapat berubah sewaktu-waktu.

Ditandatangani di Tanggal

<p>_____</p> <p>Tanda tangan dan nama lengkap Pemegang Polis</p>	<p>_____</p> <p>Tanda tangan dan nama lengkap Agency Director</p>
--	---