



**FORMULIR PENGAJUAN DUPLIKAT POLIS / PERNYATAAN KEHILANGAN POLIS**

- Mohon mengisi dengan menggunakan tinta hitam, huruf cetak, jelas dan memberi tanda  pada kotak jawaban yang sesuai
- Mohon tidak menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong
- Jika terjadi salah pengisian, harap dicoret dan ditandatangani Pemegang Polis di sebelahnya sesuai dengan kartu identitas yang berlaku
- Untuk mempercepat proses pengajuan Anda, harap menandatangani dan mengisi formulir ini secara lengkap dan menyertakan seluruh persyaratan yang tertera pada formulir ini

**DATA POLIS**

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

Nomor Polis :

Nama Pemegang Polis :

Telepon :  HP

E-mail :

**Wajib diisi :** Apakah anda memiliki kewajiban untuk membayar pajak atau mengirimkan formulir pajak anda ke Negara lain selain di Indonesia ?

- Ya  Tidak

Jika Ya, mohon disebutkan nama - nama negaranya : .....

Isi dan beri tanda  sesuai dengan transaksi yang diinginkan

- Pengajuan pencetakan Duplikat Polis dengan nomor ....., dengan alasan sebagai berikut :  
(beri tanda  pada pilihan Anda)
- Hilang
  - Rusak
  - Lain - lain, sebutkan : .....

Pernyataan kehilangan Polis

**Dokumen yang harus dilampirkan bersama dengan Formulir ini :**

1. Fotokopi kartu identitas diri (KTP/SIM/Passport) Pemegang Polis yang masih berlaku.
2. Bukti Pembayaran biaya cetak ulang buku Polis (khusus untuk pengajuan pencetakan Duplikat Polis)

**PERNYATAAN**

Saya mengerti, memahami dan menyetujui bahwa pengajuan Duplikat Polis ini :

1. Akan diproses apabila PT Commonwealth Life telah menerima Formulir Pengajuan Duplikat Polis/Pernyataan kehilangan Polis dan kelengkapan dokumen yang diperlukan serta biaya yang telah ditentukan (jika ada).
2. Dinyatakan berlaku setelah disetujui oleh PT Commonwealth Life.
3. Dengan dicetaknya Duplikat Polis maka Polis dengan nomor tersebut di atas yang diterbitkan sebelumnya menjadi tidak berlaku lagi. Saya memberikan pembebasan sepenuhnya kepada PT. Commonwealth Life dari segala tuntutan hukum yang mungkin timbul dikemudian hari.
4. Apabila diperlukan, bersedia dihubungi oleh PT. Commonwealth Life melalui media telpon/SMS/email/media lain, termasuk dan tidak terbatas pada jam layanan **CommCenter** PT. Commonwealth Life.
5. Semua pernyataan dan jawaban di atas yang saya sampaikan adalah lengkap dan benar sesuai dengan keadaan terakhir.

Ditandatangani di..... Tanggal...../...../.....  
Tanggal Bulan Tahun

Tanda Tangan  
Pemegang Polis

Tanda Tangan  
CRO/ADH/IC

Materai 6.000

(.....)  
Nama Jelas

(.....)  
Nama Jelas