



FORMULIR PERUBAHAN POLIS (Direct)

DATA POLIS

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

Nomor Polis :

Nama Pemegang Polis :

Nama Tertanggung :

Alamat Korespondensi :

Kode Pos :

Kota : HP :

Telepon :

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 atau Penambahan Penerima Manfaat**
- Perubahan (Edit) Nama Tertanggung*
- Perubahan (Edit) Tanggal Lahir*
- Perubahan Nomor Rekening Tabungan*
- Perubahan Nomor Kartu Kredit*

* Keterangan

Dari	Menjadi	Masa Berlaku Kartu Baru

** Lampirkan Copy Kartu Keluarga / Akte Lahir / Akte Pernikahan

Saya selanjutnya mengerti dan mengetahui bahwa pengajuan perubahan ini:

1. Akan diproses apabila PT. Commonwealth Life telah menerima Formulir Perubahan Polis dan dokumen yang diperlukan.
2. Akan berlaku setelah disetujui oleh PT. Commonwealth Life.

Ditandatangani di Tanggal

Tanda tangan dan nama lengkap Pemegang Polis