



FORMULIR PERUBAHAN POLIS (A3)

- Mohon mengisi dengan menggunakan tinta hitam, huruf cetak, jelas dan memberi tanda pada kotak jawaban yang sesuai.
- Jika terjadi salah pengisian, harap dicoret dan ditandatangani Pemegang Polis di sebelahnya sesuai dengan kartu identitas yang berlaku.
- Wajib melampirkan fotokopi KTP/SIM/Passport yang masih berlaku untuk semua perubahan dan transaksi yang diajukan.
- 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

PERUBAHAN PREMI, UANG PERTANGGUNGAN DAN ASURANSI TAMBAHAN

1. Perubahan Jumlah Premi Berkala menjadi Rp.
 - Perubahan Jumlah Premi Berkala berpengaruh terhadap besarnya Uang Pertanggungan (min. Uang Pertanggungan 5 x jumlah Premi Berkala)
2. Perubahan Jumlah Premi Top - Up Berkala menjadi Rp.
3. Perubahan Uang pertanggungan dan/atau Asuransi Tambahan

No	Dari	Menjadi

Asuransi Tambahan*	Masa Asuransi (Tahunan)	Uang Pertanggungan
<input type="checkbox"/> COMM ADB/ COMM ADDB		
<input type="checkbox"/> COMM Disability Additional		
<input type="checkbox"/> COMM Disability Accelerated		
<input type="checkbox"/> COMM Waiver : <input type="checkbox"/> 55 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 65		
<input type="checkbox"/> COMM Spouse (harus diambil bersamaan dengan COMM Waiver)		
<input type="checkbox"/> COMM Payor : <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 25		
<input type="checkbox"/> COMM Payor Plus (harus diambil bersamaan dengan COMM Payor)		
Premi yang dibebaskan : <input type="checkbox"/> Premi Dasar Berkala (B) <input type="checkbox"/> Total Premi (A)		
<input type="checkbox"/> COMM CI 50 Plus		
<input type="checkbox"/> COMM Crisis Cover 53		
<input type="checkbox"/> COMM CI Early Payout (harus diambil bersamaan dengan COMM CI 50 Plus atau COMM Crisis Cover 53)		
<input type="checkbox"/> Special Benefit COMM CI Early Payout (harus diambil bersamaan dengan COMM CI Early Payout)		
<input type="checkbox"/> WWAP (harus diambil bersamaan dengan COMM CI 50 Plus atau COMM Crisis Cover 53 atau COMM Health)		
<input type="checkbox"/> COMM Medika **	Paket	A B C D E
<input type="checkbox"/> COMM Health **	Plan	A B C D E F G
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

* Khusus untuk Unit Link Berkala **) Lingkari sesuai dengan pilihan yang ada di ilustrasi
 * Jika Perubahan berkaitan dengan Penambahan Resiko **WAJIB** lampirkan Existing Business Illustration (EBI)

**DATA POLIS**Nomor Polis : **DATA TERTANGGUNG**1. Nama Lengkap 2. Tinggi & Berat cm Kg3. Jenis Kelamin L P 4. Status Kawin Belum Kawin Cerai 5. Hub. dgn Tertanggung

6. Tanggal Lahir/Umur

Tanggal	Bulan	Tahun	Umur	Tempat Lahir
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

7. Alamat Rumah

 Kode Pos No. Telp - No. HP - E-mail :

8. Alamat Kantor

 Kode Pos No. Telp - No. HP - E-mail : 9. Pekerjaan/Jabatan
(jelaskan secara rinci)10. Nama Perusahaan/Instansi/Lembaga 11. Bidang Usaha **DATA PEMEGANG POLIS (diisi bila berbeda dengan Tertanggung)**1. Nama Lengkap 2. Tinggi & Berat cm Kg3. Jenis Kelamin L P 4. Status Kawin Belum Kawin Cerai 5. Hub. dgn Tertanggung

6. Tanggal Lahir/Umur

Tanggal	Bulan	Tahun	Umur	Tempat Lahir
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

7. Alamat Rumah

 Kode Pos No. Telp - No. HP - E-mail :

8. Alamat Kantor

 Kode Pos No. Telp - No. HP - E-mail : 9. Pekerjaan/Jabatan
(jelaskan secara rinci)10. Nama Perusahaan/Instansi/Lembaga 11. Bidang Usaha **DATA CALON TERTANGGUNG TAMBAHAN 1 (diisi bila ada Tertanggung Tambahan)**1. Nama Lengkap 2. Tinggi & Berat cm Kg3. Jenis Kelamin L P 4. Status Kawin Belum Kawin Cerai 5. Hub. dgn Tertanggung

6. Tanggal Lahir/Umur

Tanggal	Bulan	Tahun	Umur	Tempat Lahir
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**DATA POLIS**Nomor Polis :

7. Alamat Rumah

<input type="text"/>															
<input type="text"/>															
Kode Pos <input type="text"/>															
No. Telp	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	No. HP	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>								
								E-mail :	<input type="text"/>						

8. Alamat Kantor

<input type="text"/>															
<input type="text"/>															
Kode Pos <input type="text"/>															
No. Telp	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	No. HP	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>								
								E-mail :	<input type="text"/>						

9. Pekerjaan/Jabatan
(jelaskan secara rinci)

10. Nama Perusahaan/Instansi/Lembaga

11. Bidang Usaha

DATA CALON TERTANGGUNG TAMBAHAN 2 (diisi bila ada Tertanggung Tambahan)

1. Nama Lengkap	<input type="text"/>	2. Tinggi & Berat	<input type="text"/>	cm	<input type="text"/>	Kg
3. Jenis Kelamin	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P	4. Status	<input type="checkbox"/> Kawin <input type="checkbox"/> Belum Kawin <input type="checkbox"/> Cerai	5. Hub. dgn Tertanggung	<input type="text"/>	
6. Tanggal Lahir/Umur						

Tanggal	Bulan	Tahun	Umur	Tempat Lahir
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

7. Alamat Rumah

<input type="text"/>															
<input type="text"/>															
Kode Pos <input type="text"/>															
No. Telp	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	No. HP	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>								
								E-mail :	<input type="text"/>						

8. Alamat Kantor

<input type="text"/>															
<input type="text"/>															
Kode Pos <input type="text"/>															
No. Telp	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	No. HP	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>								
								E-mail :	<input type="text"/>						

9. Pekerjaan/Jabatan
(jelaskan secara rinci)

10. Nama Perusahaan/Instansi/Lembaga

11. Bidang Usaha

RIWAYAT KELUARGA

1.		Umur	Masih Hidup		Sudah Meninggal Dunia	
			Keadaan kesehatan adakah penyakit jantung, kencing manis dll.		Umur*	Sebab-sebab Meninggal Dunia
	Ayah	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Ibu	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Suami / Istri	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Saudara pria	<input type="text"/>	Orang	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Saudara Wanita	<input type="text"/>	Orang	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Anak-anak	<input type="text"/>	Orang	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* Umur pada saat meninggal dunia



DATA POLIS

Nomor Polis :

DATA KESEHATAN

2. Dengan pemeriksaan medis : **(Diisi oleh PT Commonwealth Life)** Ya Tidak Tipe:

	Tinggi Badan	Berat Badan	Penurunan / Penambahan Berat Badan 12 bulan terakhir	Nama dan Alamat Dokter Pribadi (Jika tidak ada, Juga disebut)
Tertanggung	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg		
Pemegang Polis	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg		
Calon Tertanggung Tambahan 1	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg		
Calon Tertanggung Tambahan 2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg		

KETERANGAN UNDERWRITING YANG HARUS DILENGKAPI OLEH CALON TERTANGGUNG / PEMEGANG POLIS / TERTANGGUNG TAMBAHAN

	Tertanggung	Pemegang Polis	Calon Tertanggung Tambahan 1	Calon Tertanggung Tambahan 2
1. Apakah Anda menggunakan alkohol, tembakau atau obat-obatan tertentu? Jika "Ya", sebutkan jenis dan penggunaan rata-rata per hari	Ya Tidak <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ya Tidak <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ya Tidak <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ya Tidak <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Kapan saat terakhir Anda berkonsultasi dengan Dokter dan apa sebabnya? Mohon berikan nama dan alamat Dokter yang biasa atau terakhir di kunjungi tersebut?				

	Tertanggung	Pemegang Polis	Calon Tertanggung Tambahan 1	Calon Tertanggung Tambahan 2
3. Apakah Anda saat ini masih diasuransikan dengan asuransi kesehatan atau hospitalisasi lain ?	Ya Tidak <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ya Tidak <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ya Tidak <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ya Tidak <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Pernahkah ada permintaan asuransi kesehatan atau hospitalisasi Anda yang ditolak, ditunda atau diterima dengan syarat ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Pernahkan Anda mengajukan klaim terhadap perusahaan asuransi sehubungan dengan polis hospitalisasi ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Jika ada pertanyaan di atas yang di jawab "Ya", tuliskan perinciannya di bawah ini.

No	Calon Tertanggung	Perusahaan Asuransi	Jenis Asuransi atau Klaim	Alasan Klaim	Jumlah Asuransi / Klaim

	Tertanggung	Pemegang Polis	Calon Tertanggung Tambahan 1	Calon Tertanggung Tambahan 2
(Untuk setiap jawaban "Ya" (mulai No. 6 s/d 14, mohon jelaskan pada formulir tambahan)	Ya Tidak <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ya Tidak <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ya Tidak <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ya Tidak <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Apakah Anda (atau Calon Tertanggung lain) pernah/sedang mengalami penyakit-penyakit atau gangguan dibawah ini :				
a. Gangguan Mata? Radang? Gangguan penglihatan (plus, minus, silinder, penyakit lainnya)? Tuliskan ukuran/derajatnya	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b. Gangguan Telinga? Cairan Telinga atau kurang pendengarannya?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c. Gangguan hidung? Polip? Alergi? dll	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**DATA POLIS**

Nomor Polis :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Tertanggung		Pemegang Polis		Calon Tertanggung Tambahan 1		Calon Tertanggung Tambahan 2	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak
d. Sakit kepala, tidak bisa tidur, Vertigo, pingsan, epilepsi, lumpuh pada bagian badan tertentu, gangguan psikis, depresi atau gangguan sistem syaraf lainnya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Nadi tidak teratur, penyempitan pembuluh darah, kolaps, nyeri dada, gangguan jantung, tekanan darah tinggi, radang pembuluh darah, varises, atau gangguan jantung dan pembuluh darah lain ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Serak kronik, asma, bronkitis kronik, batuk darah, radang paru-paru, cairan pada paru, TBC, atau gangguan pernafasan lainnya ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Gangguan perut atau usus, tukak lambung (maag), muntah darah, penyakit hati atau kuning, empedu, pendarahan, fistula anal atau rectal, atau gangguan sistem pencernaan lainnya ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Gangguan tulang atau persendian, reumatik, gangguan tulang belakang, perkapuran, nyeri pada tulang belakang bagian pinggang, kelainan bentuk tulang belakang ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Gangguan kulit, eksim, kurap, kudis, lepra, dll?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Pembengkakan kelenjar? Bernanah? (dibagian tubuh tertentu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Gangguan ginjal, saluran kemih, kandung kemih atau prostat, kencing keruh, berdarah, kencing manis, lendir, atau pasir dalam urine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Penyakit kelamin (GO, Siphilis, Radang, dll)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Penyakit menular (demam, gangguan tenggorokan berulang, demam tipus, hepatitis, infeksi HIV seperti AIDS dan penyakit yang berhubungan dengan AIDS, radang selaput otak dll), atau penyakit tropis (malaria, dll)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Penyakit apapun yang tidak di sebutkan di atas (misal penyakit-penyakit darah, gout, hernia, gondok, tumor, kanker, kelainan otot berupa mengecilnya otot bagian tertentu, lumpuh, cacat tubuh dan lain-lain)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Apakah Anda pernah mengunjungi dokter/spesialis (kecuali untuk pemeriksaan rutin), dan / atau dirawat di rumah sakit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Apakah Anda meminum obat-obatan tertentu atau menerima suntikan atau pengobatan radiasi (sinar X atau bahan radio aktif) untuk waktu tertentu? Jika "Ya" kapan dan mengapa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Apakah Anda pernah mengalami pemeriksaan radiologi (misalnya foto sinar X, saluran pencernaan, organ saluran kemih/ginjal, tengkorak) atau mengalami pemeriksaan elektrokardiogram (EKG) atau elektro-encephalogram (EEG) atau CT Scan? Jika "Ya" kapan dan mengapa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



DATA POLIS

Nomor Polis :

KETERANGAN UNDERWRITING YANG HARUS DILENGKAPI OLEH CALON TERTANGGUNG / PEMEGANG POLIS / TERTANGGUNG TAMBAHAN

	Tertanggung		Pemegang Polis		Calon Tertanggung Tambahan 1		Calon Tertanggung Tambahan 2	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak
10. Apakah ada resiko, bahwa atau situasi khusus yang mungkin dianggap berbahaya sehubungan dengan pekerjaan, kegemaran atau aktivitas waktu luang Anda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Pernah atau berencana untuk ikut serta dalam olahraga atau hobby yang berbahaya seperti balap mobil, balap motor, sky diving dan lain-lain? Jika "Ya, supaya dirinci dan lengkapi kuesioner yang diperlukan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Apakah Anda melakukan/akan melakukan penerbangan sebagai pilot/awak pesawat/penumpang pada non schedule flight? Jika "Ya", lengkapi kuesioner aviasi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KHUSUS UNTUK CALON TERTANGGUNG WANITA

	Tertanggung Utama		Pemegang Polis		Calon Tertanggung Tambahan 1		Calon Tertanggung Tambahan 2		Jika "Ya" Jelaskan dengan lengkap diagnosa, lama perawatan, tanggal perawatan serta nama dan alamat Dokter / Rumah Sakit yang merawat.
	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	
13. a. Apakah Anda sedang hamil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Apakah pernah bersalin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Pernahkah ada kelainan waktu bersalin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	Tertanggung		Pemegang Polis		Calon Tertanggung Tambahan 1		Calon Tertanggung Tambahan 2	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak
14. Apakah Anda sedang menderita atau pernah menderita gangguan organ tubuh wanita (misalnya buah dada, rahim, indung telur), atau gangguan haid yang abnormal, tanpa mempertimbangkan apakah ada pengobatan yang diterima?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KEBIASAAN MEROKOK CALON TERTANGGUNG / PEMEGANG POLIS / TERTANGGUNG TAMBAHAN

	Tertanggung Utama		Pemegang Polis		Calon Tertanggung Tambahan 1		Calon Tertanggung Tambahan 2	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak
15. a. Apakah Anda merokok dalam 12 (dua belas) bulan terakhir ini ? Jika "Ya", sebutkan jenis dan jumlah per hari?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



DATA POLIS

Nomor Polis :

	Tertanggung Utama		Pemegang Polis		Calon Tertanggung Tambahan 1		Calon Tertanggung Tambahan 2	
b. Apakah Anda pernah disarankan oleh Dokter untuk berhenti merokok? Jika "Ya", mengapa ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Apakah Anda pernah mendapatkan pengobatan sehubungan dengan merokok ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PERNYATAAN

Saya mengerti, memahami dan menyetujui bahwa pengajuan perubahan ini :

1. Akan diproses apabila PT Commonwealth Life telah menerima Formulir Perubahan Polis beserta Premi (jika ada) dan kelengkapan dokumen yang diperlukan serta biaya yang telah di tentukan (jika ada).
2. Dinyatakan berlaku setelah disetujui oleh PT Commonwealth Life.
3. Untuk proses transaksi selanjutnya nomor rekening yang dipergunakan adalah nomor rekening sebagaimana dilampirkan dalam transaksi di PT Commonwealth Life.
4. Apabila diperlukan bersedia dihubungi oleh PT Commonwealth Life melalui media telpon/SMS/e-mail/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.

PERHATIAN

1. Tandatanganilah Surat Keterangan Kesehatan ini setelah Anda yakin bahwa Anda sudah memberikan jawaban lengkap dan sebenarnya.
2. Jangan menandatangani Surat Keterangan Kesehatan dalam keadaan kosong.
3. Tanda Tangan **HARUS** sesuai Kartu Identitas yang dilampirkan dan akan menjadi spesimen Tanda Tangan Anda di kemudian hari.

Ditanda tangani di Tanggal..... / /
Tanggal Bulan Tahun

Tanda Tangan Tertanggung (.....) Nama Jelas	Tanda Tangan Pemegang Polis <i>(jika berbeda dengan Calon Tertanggung)</i> (.....) Nama Jelas	Tanda Tangan Calon Tertanggung Tambahan <i>(Untuk Asuransi Tambahan COMMSpouse atau COMM Payor Plus)</i> (.....) Nama Jelas	Tanda Tangan CRO/ADH/IC (.....) Nama Jelas
---	--	---	--