

PERUBAHAN DATA PEMEGANG POLIS ASURANSI KUMPULAN DATA CHANGES ON GROUP INSURANCE POLICY HOLDER

- Mohon membaca dan mempelajari buku petunjuk pelaksanaan administrasi polis asuransi kumpulan sebelum mengisi formulir ini.
Please read carefully the Group Insurance Policy's administration guidance before filling in this form.
- Mohon diisi dengan lengkap menggunakan huruf besar (block letter). / *Please fill-in the form using the block letter.*
- Formulir ini dapat dikirim melalui Faks atau E-mail (pilih salah satu saja). / *The form can be returned by fax or email (please choose one)*
- Perubahan data akan diproses setelah melewati proses seleksi resiko dan telah disetujui oleh PT. Asuransi Jiwa Manulife Indonesia.
Change of data will be proceed after having passed the risk selection process and has been approved by AJMI.

Pemegang Polis / *Policyholder* : _____

Nomor Polis / *Policy number* :

1	0	0	0	X	X	X	X
---	---	---	---	---	---	---	---

Telepon / *Telephone* : _____ Faks / *Fax* : _____

E-mail / *Email* : _____

(Mohon mencantumkan no. fax & alamat e-mail Anda untuk mempermudah kami dalam menghubungi Anda).
(Please inform us your fax number and your email address to facilitate us in contacting you)

Nomor Rekening / *Account no* : _____

Atas Nama / *Name* : _____

Nama Bank (lengkap dengan cabang) / *Bank* : _____

Berubah menjadi / *Changes*

(Berikan tanda ✓ untuk jenis perubahan yang diinginkan) / *(Mark with ✓ for the desired changes)*

Nama Pemegang Polis : _____
Policyholder's Name (Mohon melampirkan Akte Notaris & Nomor Rekening Baru untuk perubahan nama Pemegang Polis)
(Please attach notarial document and new account number for the name change of the policyholder)

Nomor Rekening / *Account no* : _____

Atas Nama / *Name* : _____

Nama Bank (lengkap dengan cabang) : _____
Bank Name (Branch)

Nama Pengurus Administrasi : _____
Administrations Staff's Name (Mohon melampirkan fotokopi kartu identitas, seperti KTP/SIM/ Paspor untuk perubahan / penambahan
 Pengurus Administrasi.) / *Please attach copy of identity card, such as KTP/SIM/Passport for changes / additional of
 Administration Staff.*

Alamat Lengkap : _____
Complete Address

No. Telepon/Fax/Alamat E-mail : _____
Telephone/ Fax/ Email address

Perubahan Lainnya : _____
Other changes

Dengan ini saya menyatakan bahwa semua keterangan di atas adalah sesuai dengan keadaan yang sebenarnya & apabila keterangan yang diberikan di atas tidak benar atau terdapat hal-hal yang tidak diungkapkan, maka PT. Asuransi Jiwa Manulife Indonesia berhak untuk menolak pembayaran klaim tanpa kewajiban untuk mengembalikan premi dari peserta tersebut.

herewith declared that above information is true. AJMI has the right to reject claim payment without any responsibility to return the participant's premium when untrue or undeclared information occurs.

Tanda tangan Pengurus Administrasi, Pemilik/ Manajemen Perusahaan / Kuasa (bila ada) dan Cap Perusahaan
Signature of Administration staff, Owner/Company's Management/Proxy (if any) and Company stamp

Ditandatangani di : Tanggal :

Signed in

Date

Pengurus Administrasi :
Administration staff

Pemilik / Manajemen Perusahaan
The Owner / Company's Management

Nama Lengkap:
Complete Name:

Nama Lengkap:
Complete Name:

Jabatan /Title:

Jabatan /Title :

Mohon melampirkan copy kartu identitas, seperti KTP/SIM/ Paspor
Please attach copy of identity card, such as KTP/SIM/Passport