

FORMULIR PENGKINIAN DATA

Saya, yang bertanda tangan di bawah ini setuju untuk mengajukan/melakukan pengkinian data sebagai berikut:

Nomor Polis : _____
Nama Lengkap (sesuai KTP) : _____
Tempat dan Tanggal Lahir : _____
Jenis Identitas : KTP Passport KIMS KITAS Akta Lahir Lainnya
Nomor Identitas : _____
Nomor NPWP : _____
Alamat Surat Menyurat : Tempat Tinggal Kantor Lainnya

Kelurahan : _____ Kecamatan : _____
Kota : _____ Kode Pos : _____
No. Telp : _____ No. Handphone : _____
Alamat Email : _____

Mohon diisi jika Pemilik Manfaat (Beneficial Owner) berbeda dengan Pemegang Polis

Nama Lengkap (sesuai KTP) : _____
Tempat dan Tanggal Lahir : _____
Jenis Identitas : KTP Passport KIMS KITAS Akta Lahir Lainnya
Nomor Identitas : _____
Nomor NPWP : _____
Alamat Email : _____

Bila bekerja, mohon lengkapi informasi berikut:

Nama Perusahaan/Kantor : _____
Alamat Perusahaan/Kantor : _____
No. Telp Perusahaan/Kantor : _____
Penghasilan / Tahun : _____

- Wajib melampirkan salinan identitas diri yang masih berlaku sesuai yang dipilih pada keterangan di atas.
- Semua perubahan harus diajukan oleh Pemegang Polis / Pemilik Manfaat

* Nomor Polis bisa ditulis lebih dari satu jika Pemegang Polis adalah orang yang sama

Dengan ini, Saya menyatakan bahwa setiap informasi/data yang tercantum/ditulisikan dalam formulir ini adalah sesuai. Tidak ada hal material yang disembunyikan dan berdasarkan dengan keadaan yang sebenar-benarnya. Saya memahami dan menyetujui bahwa seluruh informasi/data tersebut di atas menjadi dasar perubahan/penyesuaian data saya di PT Great Eastern Life Indonesia.

Ditandatangani di _____, Tanggal _____

Pemegang Polis/Pemilik Manfaat

Tanda Tangan & Nama Jelas

Mohon agar setelah diisi, formulir dapat dikirimkan ke:
PT GREAT EASTERN LIFE INDONESIA
melalui email : wecare-id@greataeasternlife.com atau
melalui whatsapp : (+62)811 956 3800 atau
melalui pos : **Menara Karya, Lt. 5**
Jl. HR Rasuna Said Blok X-5, Kav. 1-2
Jakarta Selatan 12950, Indonesia