

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	:	<input type="checkbox"/> KTP	<input type="checkbox"/> Passport	<input type="checkbox"/> KIMS	<input type="checkbox"/> KITAS	<input type="checkbox"/> Akta Lahir	<input type="checkbox"/> Lainnya	
Nomor Identitas	:							
Nomor NPWP	:							
Alamat Surat Menyurat	:	<input type="checkbox"/> Tempat Tinggal	<input type="checkbox"/> Kantor	<input type="checkbox"/> 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	:	<input type="checkbox"/> KTP	<input type="checkbox"/> Passport	<input type="checkbox"/> KIMS	<input type="checkbox"/> KITAS	<input type="checkbox"/> Akta Lahir	<input type="checkbox"/> 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/dituliskan 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@greateasternlife.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