



FORMULIR PENGGANTIAN KARTU PESERTA

Nama Produk (beri tanda ✓)		
<input type="checkbox"/> Comm Health	<input type="checkbox"/> Comm Extra Care	<input type="checkbox"/> Comm Classy Care

Nama Pemegang Polis	: _____
----------------------------	---------

No Polis	: _____
-----------------	---------

Alasan Penggantian Kartu Peserta (beri tanda ✓)	:
--------------------------------------------------------	---

Kartu Rusak/Hilang*

Kartu Salah (khusus bagi Nasabah yang datanya salah tercantum di Kartu)

Koreksi Data (beri tanda ✓ untuk data yang akan dirubah)	Data Awal	Data Baru
<input type="checkbox"/> Nama Tertanggung		
<input type="checkbox"/> Tanggal Lahir Tertanggung (dd/mm/yyyy)	___/___/_____	___/___/_____
<input type="checkbox"/> Jenis Kelamin Tertanggung	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> W

Data Salah (khusus bagi Nasabah yang salah memasukkan data di SPAJ)*

Koreksi Data (beri tanda ✓ untuk data yang akan dirubah)	Data Awal	Data Baru
<input type="checkbox"/> Nama Tertanggung		
<input type="checkbox"/> Tanggal Lahir Tertanggung (dd/mm/yyyy)	___/___/_____	___/___/_____
<input type="checkbox"/> Jenis Kelamin Tertanggung	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> W

*) Catatan :

- Dikenakan biaya penggantian kartu sebesar Rp. 25.000,-/kartu.
- Biaya penggantian kartu dibayarkan ke PT. Commonwealth Life melalui transfer ke **Bank BCA – No Rekening : 2173024444**.
- Kartu baru akan dikirimkan ke Nasabah ke alamat sesuai yang tercantum di Polis setelah pembayaran biaya kartu diterima oleh PT. Commonwealth Life.

Formulir yang telah diisi lengkap, dikirim ke PT. Commonwealth Life melalui :

Email : commcenter@commlife.co.id

Faks : (021) 520-6611/520-6239

Up : Comm Center

Yang mengajukan :	
Nama Pemegang Polis	:
Tanggal Pengajuan	:
Tanda tangan	: