redefining / insurance

FORMULIR PERNYATAAN PENAMBAHAN / PERUBAHAN INFORMASI / DATA

Jangan menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong

Sehubungan dengan adanya kesalahan/kekuranglengkapan informasi/data pada Formulir _____ yang saya ajukan sebelumnya, maka dengan ini saya :

Nama Pemegang Polis : _____

Nama Tertanggung : _____

No. Polis : ☐☐☐ - ☐☐☐☐☐☐☐

Alamat Saat Ini : _____

_____ **Kode Pos** _____

No. Telepon : _____ **(R),** _____ **(K),** _____ **(HP)**

Alamat E-mail : _____

Menyatakan penambahan / perubahan informasi data sebagai berikut :

NO.	INFORMASI / DATA YANG DITAMBAHKAN / DIRUBAH

Saya menyatakan bahwa semua keterangan di atas adalah benar dan dapat dipertanggungjawabkan.

Ditandatangani di _____ tanggal: ____ /____ / _____

Agen / Office Admin	Pemegang Polis	Tertanggung
(.....) Tanda Tangan dan Nama Jelas	(.....) Tanda Tangan dan Nama Jelas	(.....) Tanda Tangan dan Nama Jelas

Kolom Verifikasi untuk diisi oleh Kantor Pusat	
Nama / Jabatan	
Tanggal	
Keterangan	
Tanda Tangan	

PT AXA Life Indonesia
AXA CENTRE Ratu Plaza Office Building Lt. 2, Jl. Jenderal Sudirman No. 9 Jakarta 10270 - Indonesia
Telephone : (021) 2750 7377 **Facsimile :** (021) 7279 3302 **Email:** customer@axa-life.co.id
www.axa-life.co.id