

PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia, Sampoerna Strategic Square, South Tower, Lantai 3 - 17, Jl. Jend. Sudirman Kav. 45, Jakarta 12930
 Customer Contact Center : (62-21) 2555 7777 Telp.: (62-21) 2555 7788 Faks.: (62-21) 2555 7799
 www.manulife-indonesia.com

PERHATIAN

1. Tanda-tanganilah Formulir Permintaan Perubahan Alamat ini setelah Pemegang Polis yakin bahwa jawaban / informasi / keterangan yang diberikan sesuai dengan kondisi sebenarnya.
2. Jangan menandatangani Formulir Permintaan Perubahan Alamat ini dalam keadaan kosong.
3. Apabila Pemegang Polis dan Saksi menandatangani formulir ini di luar negeri, maka formulir ini harus ditandatangani dan dinotarisasi di depan pejabat notaries publik setempat serta dilegalisasi oleh pejabat Konsulat Jenderal/Kedutaan Besar Indonesia di lokasi terdekat di negara tempat tinggal atau dimana Pemegang Polis dan Saksi berada.

HARAP ISI DENGAN HURUF CETAK DAN TINTA HITAM !

FORMULIR PERMINTAAN PERUBAHAN ALAMAT

Dengan ini Saya mohon agar PT ASURANSI JIWA MANULIFE INDONESIA mengadakan perubahan alamat penagihan / korespondensi dan / atau alamat lain untuk nomor polis berikut :

1.	<input type="text"/>	6.	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	7.	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	8.	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	9.	<input type="text"/>
5.	<input type="text"/>	10.	<input type="text"/>

1. Alamat sesuai KTP :

.....

 Kota : Kode Pos :
 Telepon : (.....)..... Selular : (.....).....
 Hubungan dengan pemilik alamat :

2. Alamat sekarang / domisili :

.....

 Kota : Kode Pos :
 Telepon : (.....)..... Selular : (.....).....
 Hubungan dengan pemilik alamat :

3. Alamat Kantor / tempat Profesi (*) :

.....

 Kota : Kode Pos :
 Telepon : (.....).....
 Hubungan dengan pemilik alamat :

(*) Alamat Kantor yang dicantumkan harus alamat kantor dimana Pemegang Polis bekerja.

4. Alamat penagihan / korespondensi yang akan digunakan (pilih salah satu) :

Alamat sesuai KTP Alamat sekarang / domisili
 Alamat kantor / tempat profesi

Ditandatangani di Tanggal

Saksi*

Pemegang Polis

 (Tanda tangan & nama jelas)

 (Tanda tangan & nama jelas)

KETERANGAN SAKSI
(Di isi oleh pihak PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia)

Saya bertemu dan melihat Pemegang Polis menandatangani Formulir Permintaan Perubahan Alamat ini : Ya Tidak

Bila "Tidak", jelaskan

Saya merupakan : agen Polis ini agen Pengganti POS Customer Service

Selanjutnya dengan ini Saya sebagai Saksi menyatakan bahwa :

- Semua jawaban / informasi / keterangan yang tercantum dalam Formulir Permintaan Perubahan Alamat ini adalah jawaban / informasi / keterangan yang diberikan oleh Pemegang Polis.
- Saya sudah menjelaskan dengan benar mengenai Syarat / Ketentuan Polis PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia termasuk namun tidak terbatas pada prosedur perubahan alamat dan persyaratannya serta konsekuensi yang muncul akibat Perubahan Alamat kepada Pemegang Polis.
- Saya telah melakukan verifikasi atas seluruh salinan dari dokumen yang diberikan oleh Pemegang Polis kepada saya dan menyatakan bahwa salinan tersebut adalah sesuai asli dan masih berlaku.
- Saya menyatakan bahwa berdasarkan konfirmasi dari Pemegang Polis, tidak terdapat kepentingan Pihak Ketiga dan Pemegang Polis bertindak untuk dan atas nama dirinya sendiri dalam Perubahan ini.

Saksi*

Kepala Kantor Pemasaran**

(Tanda Tangan & Nama Jelas)

(Tanda Tangan & Nama Jelas)

Kode Agen / POS Officer** :

* Syarat dan ketentuan berlaku

Kantor Pemasaran **/ Departemen :

** Wajib diisi bila Saksi adalah agen / POS Officer Penanggung

Catatan (Hanya untuk kepentingan Departemen Administrasi) :

HANYA KEPERLUAN KANTOR