



Formulir Pemulihan Polis

- Isi dengan menggunakan tinta hitam, huruf kapital, jelas dan beri tanda (V) pada lingkaran yang disediakan
 - Setiap kesalahan penulisan wajib dikoreksi dengan pencoretan dan pembubuhan tandatangan Pemegang Polis disebelahnya.
 - Mohon tidak menandatangani formulir dalam keadaan kosong.

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nomor Polis

Nama Pemegang Polis

No telepon yang bisa dihubungi

Apakah ada perubahan alamat, email, atau no telepon? Tidak Ya, mohon menggunakan aplikasi FWD MAX dengan fitur eServices di menu Profil saya, untuk melakukan perubahan data

FATCA dan/atau CRS

Apakah kamu memiliki atau bertindak untuk dan atas nama pemilik kewajiban pajak (*tax residency*/sebagai pembayar pajak/memiliki penghasilan yang menjadi objek pajak) di negara selain Indonesia sehubungan dengan ketentuan Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) dan/atau Common Reporting Standard (CRS)?

Tidak

Ya, mohon mengisi Formulir Deklarasi FATCA dan/atau CRS

Pilih Transaksi yang akan Kamu ajukan dan wajib diisi lengkap

I. Data Tertanggung/Pemegang Polis (PP) Sebagai Tertanggung Utama atau Tambahan (TT1,TT2,TT3,TT4)

Nama Tertanggung/Pemegang Polis		Pekerjaan dan Uraian Pekerjaan	Berat Badan	TinggiBadan
TU			<input type="text"/> kg	<input type="text"/> cm
TT1			<input type="text"/> kg	<input type="text"/> cm
TT2			<input type="text"/> kg	<input type="text"/> cm
TT3			<input type="text"/> kg	<input type="text"/> cm
TT4			<input type="text"/> kg	<input type="text"/> cm
PP			<input type="text"/> kg	<input type="text"/> cm

II. Pertanyaan Kesehatan

Pertanyaan Kesehatan	TU	TT1	TT2	TT3	TT4	PP
1. Apakah Kamu pernah menderita/mendapat perawatan/berkonsultasi/melakukan pemeriksaan kesehatan untuk penyakit jantung, kanker, tekanan darah tinggi, <i>stroke</i> , <i>diabetes</i> , kolesterol tinggi, kelainan darah, rematik, gangguan mental, lambung, ginjal, <i>liver</i> , <i>TBC</i> , asma, <i>hepatitis</i> , <i>epilepsi</i> , tumor, penyakit kelamin, <i>HIV/AIDS</i> , atau penyakit serius lainnya?	Ya <input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Apakah Kamu pernah mengonsumsi obat-obatan adiktif atau terlarang atau mendapatkan saran medis, perawatan atau konseling sehubungan dengan konsumsi atau kecanduan alkohol atau disarankan untuk menghentikan dan membatasi asupan alkohol Kamu?	Ya <input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Khusus untuk Perempuan: Apakah Kamu dalam kondisi hamil saat ini ? jika ya, apakah Kamu pernah atau saat ini mengalami komplikasi kehamilan seperti : tekanan darah tinggi, pre-eklampsia, eklampsia, pendarahan pada saat kehamilan, keguguran, persalinan dan kelahiran prematur, diabetes gestasional, kehamilan ektopik, plasenta previa, dsb	Ya <input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Apakah saat ini Kamu berpartisipasi dalam salah satu hobi berbahaya seperti balap/reli mobil/motor, menyelam dengan kedalaman lebih dari 400 meter, mendaki gunung di atas ketinggian 4.000 meter, terjun payung atau melakukan penerbangan pesawat pribadi (selain sebagai penumpang pada penerbangan komersial)	Ya <input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Apakah Kamu pernah atau sedang menderita penyakit atau gejala-gejala penyakit selain yang disebutkan di atas?	Ya <input type="radio"/> Tidak <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nomor Polis

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



III. Penjelasan Dari Pertanyaan Kesehatan no 1-5, Jika dijawab “Ya”

Jelaskan secara lengkap mengenai Siapa, gejala, diagnosa, lama menderita, tanggal konsultasi (rawat), pengobatan/terapi yang diterima, nama dan alamat dokter serta kondisi saat ini di kolom keterangan/penjelasan halaman berikutnya. Apabila tidak cukup, mohon dapat dituliskan di Formulir Amandemen Pengajuan Pelayanan Polis

Kolom Keterangan/Penjelasan:

Persyaratan/Kelengkapan Dokumen:

- 1. Formulir ini, diisi lengkap dan ditandatangani oleh Pemegang Polis dan Tertanggung
- 2. Fotokopi kartu identitas diri Pemegang Polis dan Tertanggung Utama/Tambahan, yang masih berlaku
- 3. Bukti pembayaran Premi pemulihan Polis, dengan mencantumkan nomor Polis dengan benar dan jelas

Ketentuan:

1. Formulir ini hanya dapat digunakan untuk satu nomor Polis yang status Polisnya Batal (*Lapse*)
2. Dokumen yang telah diisi lengkap dan benar harus sudah diterima oleh Kantor Pusat FWD Insurance Indonesia (“FWD Insurance”) bagian POS Department paling lambat pukul 14.00 untuk diproses dihari yang sama
3. Apabila dokumen yang diterima tidak lengkap dan benar, maka permohonan akan diproses saat kelengkapan dokumen terakhir diterima sesuai batas waktu yang ditetapkan
4. Formulir ini berlaku selama 30 hari kalender dihitung sejak ditandatangani oleh Pemegang Polis sampai diterima oleh Kantor Pusat FWD Insurance. Apabila dokumen diterima melebihi 30 hari kalender, maka formulir ini tidak dapat diproses. Pemegang Polis dapat mengajukan Ulang Formulir baru beserta kelengkapan dokumen pendukung.
5. Usia Tertanggung dan Usia Polis *Lapse* saat permohonan Polis diajukan tidak melebihi umur/usia *Lapse* telah ditentukan sesuai masing-masing jenis Asuransi yang terdapat dalam Ketentuan Umum Polis.
6. Semua Premi pemulihan Polis telah dibayar lunas.
7. Semua biaya yang timbul berkaitan dengan pemulihan Polis merupakan beban dan tanggungan Pemegang Polis

Pernyataan Pemegang Polis

Saya dengan ini menyatakan, memahami dan menyetujui bahwa:

1. Seluruh ketentuan dalam Polis dan Formulir ini serta biaya dan/atau pajak yang timbul terkait pengajuan transaksi pada formulir ini.
2. Semua Informasi dari kelengkapannya yang tertera dan terkait dengan pengajuan transaksi pada Formulir ini adalah lengkap dan benar. Apabila ditemukan kekeliruan atau terdapat penipuan dalam informasi pada Formulir ini, maka saya bersedia bertanggung jawab secara hukum dan membebaskan FWD Insurance beserta afiliasinya dari segala tuntutan dari pihak manapun dan FWD Insurance berhak menolak pengajuan transaksi pada Formulir ini.
3. FWD Insurance berhak menolak permohonan transaksi ini apabila Saya tidak dapat memenuhi ketentuan Anti Pencucian Uang dan Pencegahan Pendanaan Terorisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
4. Tidak ada perubahan atas informasi data pribadi Saya yang dapat mempengaruhi status kewajiban pajak Saya terkait dengan Foreign Account Tax Compliance Act of United States of America (FATCA) atau Common Reporting Standard (CRS).
5. Saya bersedia melakukan pemeriksaan kesehatan apabila diperlukan oleh FWD Insurance dan semua biaya yang timbul dari pemeriksaan kesehatan tersebut menjadi tanggungan saya.
6. Saya menyetujui Polis akan diberlakukan kembali setelah disetujui oleh FWD Insurance dan seluruh tunggakan Premi dilunasi.
7. Saya tidak berhak mengajukan klaim apapun untuk kejadian yang terjadi sebelum tanggal dimana Polis ini dinyatakan diberlakukan oleh FWD Insurance.
8. Saya telah mendapatkan kewenangan atau persetujuan dari Tertanggung untuk (i) memberikan informasi Tertanggung kepada FWD Insurance; dan (ii) menerima informasi Tertanggung dari FWD Insurance kepada Saya
9. Saya Memberikan kuasa dan ijin yang tidak dapat dibatalkan oleh sebab apapun secara khusus dengan hak substitusi untuk tujuan transaksi kepada: (i) FWD Insurance untuk meminta catatan riwayat kesehatan Saya/Tertanggung atau informasi lain mengenai diri Saya/Tertanggung dari setiap Tenaga Medis, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Laboratorium, perusahaan asuransi, perusahaan reasuransi, badan, instansi/lembaga atau pihak lain yang mempunyai catatan/informasi riwayat kesehatan atau informasi lain mengenai diri Saya/Tertanggung; dan (ii) Setiap Tenaga Medis, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Laboratorium, perusahaan asuransi, perusahaan reasuransi, badan, instansi/lembaga atau pihak lain yang mempunyai catatan/informasi riwayat kesehatan atau informasi lain mengenai diri Saya/Tertanggung, untuk mengungkapkan atau memberikan kepada FWD Insurance semua catatan riwayat kesehatan atau perawatan atau informasi lain mengenai diri Saya/Tertanggung. Salinan/fotokopi dari kuasa ini memiliki kekuatan hukum yang sama dan mengikat sesuai dengan dokumen aslinya.
10. Apabila terjadi perubahan kondisi kesehatan dari Tertanggung sejak formulir ini ditandatangani oleh Pemegang Polis sampai diterima oleh FWD Insurance, maka Saya wajib menginformasikan hal tersebut kepada FWD Insurance. Dan apabila hal ini tidak disampaikan ke FWD Insurance dan pemulihan Polis telah disetujui oleh FWD Insurance, maka FWD Insurance berhak membatalkan pemulihan Polis tersebut dan tidak akan membayarkan klaim apapun yang diterima oleh FWD Insurance atas Polis ini.
11. Saya bersedia dikenakan Masa Tunggu yang berlaku kembali sejak Tanggal Pemulihan Polis ini disetujui
12. Apabila permohonan pemulihan Polis ini tidak disetujui oleh FWD Insurance atau Saya tidak memnuhi syarat guna permohonan pemulihan Polis setelah 30 (tiga puluh) hari Kalender sejak Formulir ini ditandatangani, maka permohonan pemulihan Polis ini dibatalkan oleh FWD Insurance dan Premi pemulihan Polis ini (bila ada) akan dikembalikan ke data rekening Pemegang Polis yang tercatat di FWD Insurance tanpa memberikan bunga apapun.

Tempat dan Tanggal Pengajuan

Tanda Tangan Pemegang Polis

Tanda Tangan Tertanggung

Kode Tenaga Pemasar

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tanda Tangan Tenaga Pemasar

Nama Jelas

Nama Jelas

Nama Jelas