



Formulir Perubahan Polis Non Financial - Syariah

- 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 Peserta disebelahnya.
- Mohon tidak menandatangani formulir dalam keadaan kosong.

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nomor Polis

Nama Peserta

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 dengan lengkap

1. Perubahan Alamat, Email, atau Nomor Telepon **Menjadi:**

Tempat Tinggal sesuai identitas Alamat Korespondensi Email Nomor Telepon

Alamat

Kota

Propinsi Kode Pos

Negara

Email

Nomor Handphone Telepon Tempat Kerja

Telepon Tempat Tinggal

Apabila perubahan alamat terdapat lebih dari satu, mohon menambah Formulir Perubahan Polis Non Financial yang berbeda.

2. Perubahan Penerima Manfaat

Nama Penerima Manfaat	L/P	Tanggal Lahir (tg/bln/thn)	Hubungan	%*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Perubahan Dana Hibah

Mengubah Jumlah Dana Hibah, menjadi:
Maksimal 30% dari Manfaat Meninggal
Mohon Dana Hibah sejumlah persentase di atas dapat dibayarkan ke:
Yayasan Badan Wakaf Indonesia
Yayasan Badan Wakaf Indonesia adalah Lembaga Pengelola dan Penyalur Donasi (LPPD) yang dibentuk langsung oleh Badan Wakaf Indonesia.

Pembatalan Persetujuan Dana Hibah

Total 100%

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

 3. Perubahan dan/atau Koreksi Nama

 Peserta

 Pihak yang Diasuransikan Utama

 Pihak yang Diasuransikan Tambahan

 Penerima Manfaat

Nama Lama

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

Nama Baru*

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

Alasan perubahan

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

Dengan ini saya menyatakan bahwa nama yang dikoreksi adalah orang yang sama.

*) wajib diisi sesuai dengan identitas diri yang berlaku

 4. Penggantian atau Perubahan Peserta

Peserta Lama

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

Peserta Baru

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

Tempat Lahir

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

Tanggal Lahir

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

Negara tempat lahir

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

Kewarganegaraan

 WNI

 WNA, sebutkan:

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

Jenis Identitas

 KTP

 Paspor (Khusus WNA)

No. Identitas

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

Masa Berlaku

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

No. KIMS/KITAS (khusus WNA)

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

Masa Berlaku

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

Jenis Kelamin

 Laki-laki

 Perempuan

Status Perkawinan

 Kawin

 Belum Kawin

 Janda/Duda

Agama

 Islam

 Kristen

 Katolik

 Hindu

 Budha

 Lainnya

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

Nama Instansi/Perusahaan

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

Jenis Industri

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

Jenis Pekerjaan

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

Posisi/Golongan

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

Jelaskan detail pekerjaan

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

Kelas Pekerjaan

(Sesuai ketentuan Underwriting)

 Kelas I

 Kelas II

 Kelas III

 Kelas IV

Jumlah penghasilan bruto per bulan (dalam jutaan rupiah)

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

NPWP

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

Sumber penghasilan

 Gaji

 Suami/Istri

 Hasil Investasi

 Bisnis Pribadi

 Bonus/Insentif/Komisi

 Lainnya

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

Hubungan dengan Pihak Yang Diasuransikan Utama

 Diri Sendiri

 Suami/Istri

 Orang Tua

 Saudara Kandung

 Anak

 Kakek/Nenek

 Cucu

 Lainnya

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

Alasan perubahan

 Peserta sebelumnya meninggal dunia

 Perubahan Status (Janda/Duda)

 Pihak Yang Diasuransikan Utama menjadi Peserta

 Ditetapkan Pengadilan

 Lainnya

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

Apakah alamat surat menyurat/ nomor telepon/ email Kamu sama dengan Peserta Lama?

 Ya

 Tidak

Jika Tidak, mohon mengisi Perubahan Alamat, Email, atau Nomor Telepon, di halaman 1 Formulir ini

Apakah pembayar Kontribusi selanjutnya adalah pihak lain selain Peserta?

 Ya

 Tidak

Jika Ya, mohon mengisi dan melampirkan Formulir Beneficial Owner bersamaan dengan Formulir ini

 5. Cetak Ulang Polis atau Kartu HS

Penggajian dan Nama Pihak Yang Diasuransikan	Alasan	Kelengkapan Dokumen																							
<input type="radio"/> Cetak Ulang Polis	<input type="radio"/> Hilang	- Surat Keterangan Kehilangan dari Kepolisian (khusus Polis)																							
<input type="radio"/> Cetak Ulang Kartu HS atas nama Pihak Yang Diasuransikan:	<input type="radio"/> Rusak	- Buku Polis/Kartu yang rusak																							
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																								<input type="radio"/> Belum pernah terima	- Surat Pernyataan Peserta
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																									

Nomor Polis

Persyaratan/Kelengkapan Dokumen:

- 1. Formulir ini, diisi lengkap dan ditandatangani oleh Peserta
- 2. Fotokopi kartu identitas diri Peserta, yang masih berlaku
- 3. Kelengkapan Dokumen Tambahan:

Jenis Perubahan Polis	Dokumen Kelengkapan Tambahan
Perubahan Alamat, Email, atau Nomor Telepon	Tidak ada
Perubahan Penerima Manfaat	Fotokopi Akte Lahir atau fotokopi Kartu Keluarga untuk Individu yang mempunyai Keterikatan Asuransi dengan Pihak Yang Diasuransikan Utama.
Perubahan dan/atau Koreksi Nama	a. Fotokopi Akte Lahir atau fotokopi kartu identitas diri dari Nama yang diubah b. Fotokopi Surat Penetapan Ganti Nama untuk penggantian Nama
Penggantian atau Perubahan Peserta	a. Fotokopi kartu identitas diri Peserta (Baru), yang masih berlaku b. Fotokopi kartu identitas diri Pembayar Kontribusi dan Formulir Beneficial Owner jika Pembayar Kontribusi berbeda dengan Peserta Baru. c. - Fotokopi Akte Cerai (jika alasan yang dipilih adalah Perubahan Status (Janda/Duda) - Fotokopi Surat Keterangan Kematian (jika alasan yang dipilih adalah Pesertalama meninggal dunia).
Cetak Ulang Polis atau Kartu HS	a. Surat Keterangan Kehilangan dari Kepolisian dan diajukan oleh Peserta (jika alasan yang Polis/kartu HS adalah hilang) b. Buku Polis atau kartu HS (jika alasan yang dipilih adalah rusak) c. Surat Pernyataan Peserta (jika alasan yang dipilih adalah belum pernah terima)

- 4. Dokumen lain yang berkaitan dengan transaksi ini, yang akan diberitahukan kemudian oleh PT FWD Insurance Indonesia ("FWD Insurance") (jika diperlukan)

Ketentuan:

1. Formulir ini hanya dapat digunakan untuk satu nomor Polis yang status Polisnya Aktif (*Inforce*)
2. Dokumen yang telah diisi lengkap dan benar harus sudah diterima oleh Kantor Pusat 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 Peserta sampai diterima oleh Kantor Pusat FWD Insurance. Apabila dokumen diterima melebihi 30 hari kalender, maka formulir ini tidak dapat diproses. Peserta dapat mengajukan Ulang Formulir baru beserta kelengkapan dokumen pendukung.
5. Setiap dokumen yang telah diterima dan disetujui oleh FWD Insurance bersifat final dan tidak dapat dibatalkan dengan alasan apapun.
6. Apabila Peserta Lama sebagai Pihak Yang Diasuransikan Tambahan, maka Manfaat Asuransi Tambahan tidak secara otomatis berlaku bagi Peserta Baru
7. Biaya yang dikenakan atas cetak ulang Polis sejumlah Rp 200.000,- dan/atau Kartu HS sebesar Rp 25.000,-
8. Pengajuan permohonan cetak ulang Polis hanya berlaku untuk Polis yang diterbitkan secara *Hardcopy*.
9. Apabila Polis dalam Jaminan Kolateral (*Banker's clause*), maka Polis tidak dapat dilakukan Penggantian Peserta atau cetak ulang Polis.
10. Sehubungan dengan Dana Hibah :
 - a. Maksimal 30% (tiga puluh persen) dari Manfaat Asuransi yang menjadi hak Penerima Manfaat dengan kelipatan 10%.
 - b. Peserta dan Pihak Yang Diasuransikan dapat memberi Dana Hibah dengan persetujuan bersama yang dicantumkan dalam SPAJS dan/atau formulir terpisah.
 - c. Sumber dana untuk Dana Hibah berasal dari Manfaat Meninggal yang menjadi hak Penerima Manfaat.
 - d. Besarnya alokasi Dana Hibah disetujui bersama oleh Peserta dan Pihak Yang Diasuransikan, dan dituangkan dalam SPAJS dan/atau formulir lainnya yang menjadi satu kesatuan dari Polis.
 - e. Peserta dan Pihak Yang Diasuransikan memberikan kuasa kepada Pengelola untuk menyalurkan Dana Hibah kepada LPPD yang dipilih oleh Peserta dan Pihak Yang Diasuransikan atau sesuai dengan perundang-undangan yang ditunjuk oleh Pengelola.
 - f. Peserta dan Pihak Yang Diasuransikan wajib memberikan informasi kepada Penerima Manfaat atas Manfaat Meninggal yang akan dihibahkan kepada LPPD dan Penerima Manfaat setuju atas hal tersebut.
 - g. Apabila Peserta dan Pihak Yang Diasuransikan ingin membatalkan atau mengubah kesepakatan pemberian Dana Hibah ini, maka Peserta dan Pihak Yang Diasuransikan secara bersama harus melakukan pembatalan tersebut secara tertulis pada formulir yang telah disediakan.

Pernyataan Peserta

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 atau calon Peserta 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).

Tempat dan Tanggal Pengajuan

-
-
2
0

Tanda Tangan Peserta

Kode Tenaga Pemasar

Tanda Tangan Tenaga Pemasar

Tanda Tangan Peserta Baru
(sesuai identitas diri yang berlaku)

(_____)
Nama Jelas

(_____)
Nama Jelas

(_____)
Nama Jelas