Formulir Perubahan Polis *Financial*

- 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 Pemegang Polis

No telepon yang bisa dihubungi

Apakah ada perubahan alamat, email, atau no telepon?

◯ Tidak ◯ Ya, mohon mengisi Formulir Perubahan Polis *Non Financial*, atau akses *Customer Portal* untuk perubahan datanya

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 Manfaat Asuransi (pilih sesuai mata uang Polis) ◯ Rp ◯ USD **Menjadi:**

Jenis Asuransi	Uang Pertanggungan	Premi
Asuransi Dasar		
Top-Up Berkala	-	
	Total	

Jenis Asuransi Tambahan	Uang Pertanggungan	Tambah	Hapus	Ubah	Nama Tertanggung
FWD Accidental & Disablement Benefit					
FWD Critical Illness – Accelerated					
FWD Payor Term					
FWD Waiver of Premium Insured					
FWD Waiver of Premium Insured Plus					
FWD Payor Waiver					
FWD Payor Waiver Plus					
FWD Waiver of Premium of Family					
FWD Waiver of Premium of Family Plus					
FWD Critical Illness – Non Accelerated*					
FWD Family Term*					
FWD Hospital & Surgical*					
FWD Hospital Cash*					

*) Untuk Tertanggung ke 4 dst, mohon data perubahan dituliskan dalam Formulir Amandemen Untuk Surat Permohonan Asuransi/Pengajuan Pelayanan Polis

PT FWD Insurance Indonesia
Pacific Century Place, Lantai 20
SCBD Lot 10, Jl. Jend. Sudirman Kav. 52-53
Jakarta Selatan 12190, Indonesia
P 1 500 525 M (+62) 8551500525
E CustomerCare.id@fwd.com

Bebaskan langkah
fwd.co.id

Nomor Polis

Data dan Dana Pembayar Premi

1. Apakah pembayar Premi adalah Pemegang Polis?
   ◯ Ya ◯ Tidak, mohon mengisi dan melampirkan Formulir *Beneficial Owner* bersamaan dengan Formulir ini
2. Dana pembayaran Premi
   A. Sumber Dana
   ◯ Gaji ◯ Suami/Istri ◯ Hasil Investasi ◯ Bisnis Pribadi ◯ Bonus/Insentif/Komisi ◯ Penarikan/Pembatalan Polis lain*
   *) dalam waktu 6 bulan sebelum/setelah pengajuan transaksi ini.
   ◯ Lainnya, sebutkan
   B. Jumlah penghasilan rutin dan non rutin per bulan (dalam jutaan rupiah)
   ◯ Rutin per bulan ◯ Non rutin per bulan
3. Tujuan perubahan Premi (pilihan bisa lebih dari satu)
   ◯ Asuransi ◯ Tabungan ◯ Pendidikan ◯ Pensiun ◯ Lainnya, sebutkan
4. Apakah pembayar Premi memiliki pekerjaan/usaha/bisnis pribadi lainnya?
   ◯ Ya
   Nama Instansi/Perusahaan
   Sektor Pekerjaan
   Jenis Industri
   Jenis Pekerjaan
   Posisi/Golongan
   Jelaskan Detil Pekerjaan Kamu
   ◯ Tidak, mohon berikan estimasi nilai kekayaan dan kewajiban dari Pembayar Top-Up Tunggal dalam jutaan rupiah atau ribuan USD
   Jumlah Kekayaan (Asset) Rp USD
   Jumlah Kewajiban (Liability) Rp USD

◯ **2. Perubahan Tanggal Lahir** ◯ Tertanggung Utama ◯ Tertanggung Tambahan ◯ Pemegang Polis

Nama

Tanggal Lahir yang salah - -

Tanggal Lahir yang benar - -

Alasan perubahan

◯ **3. Perubahan Pekerjaan** ◯ Tertanggung Utama ◯ Tertanggung Tambahan ◯ Pemegang Polis

Nama

Nama Instansi/Perusahaan

Sektor Pekerjaan

Jenis Industri

Jenis Pekerjaan

Posisi/Golongan

Jelaskan Detil Pekerjaan Kamu

Kelas Pekerjaan
(Sesuai ketentuan Underwriting) ◯ Kelas I ◯ Kelas II ◯ Kelas III ◯ Kelas IV

Nomor Polis | | | | | | | | |

Persyaratan/Kelengkapan Dokumen

- ○ 1. Formulir ini, disi lengkap dan ditandatangai oleh Pemegang Polis
- ○ 2. Fotokopi Kartu Identitas diri Pemegang Polis dan Tertanggung, yang masih berlaku
- ○ 3. Kelengkapan Dokumen perubahan yang diajukan:
  - Formulir Pernyataan Kesehatan : Untuk Naik Uang Pertanggungan, Tambah Asuransi Tambahan
  - Ilustrasi : Untuk Naik/Turun Uang Pertanggungan, Naik/Turun Premi, Tambah/Hapus Asuransi Tambahan, Ubah Tanggal Lahir Tertanggung
  - Fotokopi Akte Lahir : untuk perubahan Tanggal lahir
- ○ 4. Formulir Deklarasi FATCA dan /atau CRS (khusus Pemegang Polis atau Beneficial Owner yang memiliki kewajiban pajak di luar Indonesia)
- ○ 5. Dokumen lain yang berkaitan dengan transaksi ini, yang akan diberitahukan oleh PT FWD Insurance Indonesia ("FWD Insurance")(jika diperlukan).

Ketentuan:

1. Fromulir 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 banar, 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. Persyaratan atas perubahan Polis yang diajukan dalam Formulir ini sesuai dengan Ketentuan Polis dari masing-masing produk Asuransi.

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 PencegahanPendanaan 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 telah mendapatkan penjelasan /informasi menyeluruh dari Tenaga Pemasar dan menyetujui segala risiko apabila sumber dana yang digunakan untuk transaksi ini berasal dari penarikan dana/pembatalan/penebusan Polis yang akan digunakan untuk pembayaran Polis lain.
6. Apabila pengajuan transaksi pada Formulir ini diajukan oleh Saya sebagai Pemegang Polis yang bukan sebagai Tertanggung dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah mendapatkan kewenangan atau persetujuan yang diperlukan dari Tertanggung untuk (i) memberikan informasi Tertanggung kepada FWD Insurance; dan (ii) menerima informasi Tertanggung dari FWD Insurance kepada Saya. Saya juga memahami bahwa informasi yang dibutuhkan dalam transaksi ini disyaratkan oleh FWD Insurance dalam rangka proses Pengajuan Transaksi pada Formulir ini.
7. 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

Tempat dan Tanggal Pengajuan

		-			-	2	0		

Tanda Tangan Peserta

(_____)
Nama Jelas

Kode Tenaga Pemasar

Tanda Tangan Tenaga Pemasar

(_____)
Nama Jelas