



Formulir Perubahan Pembayaran Premi

- 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

1. Perubahan Frekuensi Pembayaran Premi **Menjadi:** Tahunan 6 Bulanan 3 Bulanan Bulanan

2. Perubahan Fasilitas Pembayaran Premi **Menjadi:** Bank Transfer (*Virtual Account*)* Auto Debit Rekening Tabungan** Auto Debit Kartu Kredit***

*) Pembayaran melalui Bank Transfer (*Virtual Account*) tidak diperbolehkan untuk frekuensi pembayaran Premi Bulanan

**) Mohon lampirkan Surat Kuasa Pendebitan Rekening sesuai Bank yang Kamu pilih

***) Mohon lampirkan Surat Kuasa Pendebitan Kartu Kredit Untuk perpanjangan Masa Berlaku (*Expired Card*) Kartu Kredit, cukup melampirkan fotokopi halaman depan Kartu Kredit

3. Pengaktifan Cuti Premi (sesuai tanggal jatuh tempo saat pengajuan dan Ketentuan Umum Polis masing-masing produk Asuransi)

4. Penghentian Cuti Premi (sesuai tanggal jatuh tempo saat pengajuan dan Ketentuan Umum Polis masing-masing produk Asuransi)

Dari jatuh tempo - - 2 0 Sampai jatuh tempo - - 2 0

Persyaratan/Kelengkapan Dokumen:

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

Jenis Perubahan Polis	Dokumen Kelengkapan Tambahan
Perubahan Frekuensi Pembayaran Premi	Tidak ada
Perubahan Fasilitas Pembayaran Premi	<p>Debit Rekening:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Surat Kuasa Pendebitan Rekening - Halaman depan buku tabungan - Fotokopi kartu identitas diri pemilik rekening - Formulir <i>Beneficial Owner</i>, jika pemilik rekening berbeda dengan Pemegang Polis <p>Debit Kartu Kredit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Surat Kuasa Pendebitan Kartu Kredit - Halaman depan Kartu Kredit - Fotokopi kartu identitas diri pemilik kartu kredit - Formulir <i>Beneficial Owner</i>, jika pemilik kartu kredit berbeda dengan Pemegang Polis
Pengaktifan Cuti Premi	Tidak ada
Penghentian Cuti Premi	Bukti pembayaran Premi

- 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 kemudian oleh PT FWD Insurance Indonesia ("FWD Insurance")(jika diperlukan)

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

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

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 di hari 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. 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 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 Pemegang Polis

Kode Tenaga Pemasar

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

Tanda Tangan Tenaga Pemasar

(_____)
Nama Jelas

(_____)
Nama Jelas