

## Formulir Perbaikan/Penambahan Untuk Pengajuan Transaksi/Perubahan Polis

Sehubungan dengan adanya kesalahan/informasi yang kurang lengkap untuk pengajuan transaksi/perubahan polis:

Nama Pemegang Polis : \_\_\_\_\_

Nama Tertanggung : \_\_\_\_\_

No. Polis : \_\_\_\_\_

Alasan dilakukan perbaikan/penambahan : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diperbaiki/Ditambah menjadi :

1. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Saya menyatakan bahwa semua informasi dalam Formulir Perbaikan/Penambahan untuk pengajuan transaksi/perubahan Polis adalah benar. Formulir ini merupakan bagian yang tidak terpisahkan dan menjadi satu kesatuan dengan formulir pengajuan transaksi/perubahan Polis sebelumnya.

### Perhatian :

1. Tanda tangani formulir ini setelah Anda yakin bahwa informasi yang dituliskan sudah lengkap dan benar.
2. Dilarang menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong.
3. Harap beri coretan dengan pulpen untuk kolom yang tidak terisi.
4. Harap isi tanggal penandatanganan sesuai dengan pengisian informasi.
5. Tanda tangan harus sesuai dengan kartu identitas yang dilampirkan.

Ditandatangani di \_\_\_\_\_ Tanggal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nama Tertanggung

Nama Pemegang Polis  
(jika berbeda dengan Nama Tertanggung)

Agen

\_\_\_\_\_  
( Nama jelas dan tanda tangan )

\_\_\_\_\_  
( Nama jelas dan tanda tangan )

\_\_\_\_\_  
( Nama jelas dan tanda tangan )

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