



### Formulir Pemulihan Polis - 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

#### Wajib diisi sesuai kondisi sebenarnya, jujur dan lengkap

##### I. Data Pihak Yang Diasuransikan/Peserta (PP) sebagai Pihak Yang Diasuransikan Utama (PU) atau Tambahan (PD1, PD2, PD3, PD4)

Nama Pihak Yang Diasuransikan/Peserta		Pekerjaan dan Uraian Pekerjaan	Berat Badan	TinggiBadan
PU			<input type="text"/> kg	<input type="text"/> cm
PD1			<input type="text"/> kg	<input type="text"/> cm
PD2			<input type="text"/> kg	<input type="text"/> cm
PD3			<input type="text"/> kg	<input type="text"/> cm
PD4			<input type="text"/> kg	<input type="text"/> cm
PP			<input type="text"/> kg	<input type="text"/> cm

##### II. Pertanyaan Kesehatan

Pertanyaan Kesehatan	PU	PD1	PD2	PD3	PD4	PP
1. Apakah Kamu pernah menderita/mendapat perawatan/berkonsultasi/melakukan pemeriksaan kesehatan untuk penyakit jantung, kanker, tekanan darah tinggi, <i>stroke, diabetes</i> , kolesterol tinggi, kelainan darah, rematik, gangguan mental, lambung, ginjal, <i>liver, TBC</i> , asma, <i>hepatitis, epilepsi</i> , tumor, penyakit kelamin, <i>HIV/AIDS</i> , atau penyakit serius lainnya?	Ya <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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 ?	Ya <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Tidak <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Tidak <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

##### 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

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

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

Kolom Keterangan/Penjelasan:

**Persyaratan/Kelengkapan Dokumen:**

- 1. Formulir ini, diisi lengkap dan ditandatangani oleh Peserta dan Pihak Yang Diasuransikan
- 2. Fotokopi kartu identitas diri Peserta dan Pihak Yang Diasuransikan Utama/Tambahan, yang masih berlaku
- 3. Bukti pembayaran Kontribusi 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 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. Usia Pihak Yang Diasuransikan 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 Kontribusi pemulihan Polis telah dibayar lunas.
7. Semua biaya yang timbul berkaitan dengan pemulihan Polis merupakan beban dan tanggungan Peserta.

**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 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 Kontribusi 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 Pihak Yang Diasuransikan untuk (i) memberikan informasi Pihak Yang Diasuransikan kepada FWD Insurance; dan (ii) menerima informasi Pihak Yang Diasuransikan 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/Pihak Yang Diasuransikan atau informasi lain mengenai diri Saya/Pihak Yang Diasuransikan 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/Pihak Yang Diasuransikan; 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/Pihak Yang Diasuransikan. Salinan/fotokopi dari kuasa ini memiliki kekuatan hukum yang sama dan mengikat sesuai dengan dokumen aslinya.
10. Apabila terjadi perubahan kondisi kesehatan dari Pihak Yang Diasuransikan sejak formulir ini ditandatangani oleh Peserta 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 memenuhi 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 Kontribusi pemulihan Polis ini (bila ada) akan dikembalikan ke data rekening Peserta yang tercatat di FWD Insurance tanpa memberikan margin apapun.

**Tempat dan Tanggal Pengajuan**

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

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

Tanda Tangan Peserta

Tanda Tangan Pihak Yang Diasuransikan

**Kode Tenaga Pemasar**

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

Tanda Tangan Tenaga Pemasar

\_\_\_\_\_  
Nama Jelas

\_\_\_\_\_  
Nama Jelas

\_\_\_\_\_  
Nama Jelas