



Formulir Perubahan Polis *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 Manfaat Asuransi Mata uang Polis Rp Menjadi:

Jenis Asuransi	Santunan Asuransi	Naik/Turun	Kontribusi	Naik/Turun
Asuransi Dasar	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Top-Up Berkala	-			
Total				

Jenis Asuransi Tambahan	Santunan Asuransi	Tambah	Hapus	Ubah	Nama Pihak Yang Diasuransikan
FWD Critical Illness - Accelerated Syariah	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FWD Waiver of Contribution Insured Syariah	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FWD Waiver of Contribution Insured Plus Syariah	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FWD Waiver of Contribution of Family Syariah	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FWD Waiver of Contribution of Family Plus Syariah	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FWD Payor Term Syariah	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FWD Family Term Syariah	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FWD Payor Waiver Syariah	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FWD Payor Waiver Plus Syariah	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FWD Critical Illness - Non Accelerated Syariah	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FWD Hospital & Surgical Syariah*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*) Untuk Pihak Yang Diasuransikan ke 6 dst, mohon data perubahan dituliskan dalam Formulir Amandemen Untuk Surat Permohonan Asuransi/Pengajuan Palayanan Polis

