

Formulir Pengajuan Duplikat Polis/Pernyataan Kehilangan Polis

- Mohon mengisi dengan menggunakan tinta hitam, huruf cetak, jelas dan memberi tanda pada kotak jawaban yang sesuai.
- Mohon tidak menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong.
- Jika terjadi salah pengisian, harap dicoret dan ditandatangani Pemegang Polis di sebelahnya sesuai dengan kartu identitas yang berlaku.
- Wajib melampirkan fotokopi KTP/SIM/Passport yang masih berlaku untuk semua perubahan dan transaksi yang diajukan.
- Untuk mempercepat proses pengajuan Anda, harap menandatangani dan mengisi formulir ini secara lengkap dan menyertakan seluruh persyaratan yang tertera pada formulir ini.

Data Polis

Saya yang bertanda tangan di bawah ini adalah Pemegang Polis dengan data sebagai berikut :

Nomor Polis :

Nama Pemegang Polis :

Telepon : HP :

E-mail :

Wajib diisi :

Apakah Anda memiliki kewajiban untuk membayar pajak atau mengirimkan formulir pajak Anda ke Negara lain selain di Indonesia?

Ya Tidak

Jika Ya, mohon disebutkan nama - nama negaranya :

Isi dan beri tanda sesuai dengan transaksi yang diinginkan

Pengajuan pencetakan Duplikat Polis dengan nomor _____ , dengan alasan sebagai berikut :

Hilang

Rusak

Lain-lain, Sebutkan : _____

Pernyataan kehilangan Polis

Dokumen yang harus dilampirkan bersama dengan Formulir ini :

1. Fotokopi kartu identitas diri (KTP/SIM/Passport) Pemegang Polis yang masih berlaku.
2. Bukti Pembayaran biaya cetak ulang buku Polis (khusus untuk pengajuan pencetakan Duplikat Polis)

Pernyataan

Saya mengerti dan menyetujui bahwa pengajuan Duplikat Polis ini :

1. Akan diproses apabila PT FWD Insurance Indonesia telah menerima Formulir Pengajuan Duplikat Polis/Pernyataan Kehilangan Polis dan kelengkapan dokumen yang diperlukan serta biaya yang telah ditentukan (jika ada).
2. Dinyatakan berlaku setelah disetujui oleh PT FWD Insurance Indonesia.
3. Dengan dicetaknya Duplikat Polis maka Polis dengan nomor tersebut di atas diterbitkan sebelumnya menjadi tidak berlaku lagi. Saya memberikan pembebasan sepenuhnya kepada PT FWD Insurance Indonesia dari segala tuntutan hukum yang mungkin timbul di kemudian hari.
4. Apabila diperlukan, bersedia dihubungi oleh PT FWD Insurance Indonesia melalui media telpon/SMS/email/media lain, termasuk dan tidak terbatas pada jam layanan FWD Customer Care.
5. Semua pernyataan dan jawaban di atas yang saya sampaikan adalah lengkap dan benar sesuai dengan keadaan terakhir.

Ditandatangani di Tanggal /...../.....(Tanggal/Bulan/Tahun)

Tanda Tangan Pemegang Polis

Tanda tangan CRO/ADH/IC

(.....)

Nama Jelas

(.....)

Nama Jelas

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