

Direferensikan oleh :

Nama AO (RO) :

Kode AO (RO) :

Kode Cabang : CIF Nasabah

Nama Cabang :

Diisi oleh Bank Partner



Produk : _____

Bank : _____

Formulir Perubahan Polis (A1) - Non Financial

- 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 Pemegang Polis/Tertanggung

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

Nomor Polis :

Nama Pemegang Polis :

Nama Tertanggung :

Telepon / 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 :

Perubahan

Isi dan beri tanda sesuai dengan transaksi yang diinginkan

Perubahan Alamat : Korespondensi Rumah Kantor

Apabila perubahan alamat yang diajukan lebih dari satu (korespondensi, rumah dan kantor), mohon agar alamat tersebut diisi pada formulir yang berbeda (mengisi 2 formulir)

Alamat Baru :

Kota : Kode Pos :

Negara :

Telepon : Fax :

E-mail :

Apakah Anda bersedia bila pengiriman korespondensi di masa yang akan datang menggunakan fasilitas email? Ya Tidak

Perubahan Pemegang Polis/Pembayar*

(jika alamat korespondensi yang dipergunakan adalah alamat Pemegang Polis/Pembayar, wajib dilakukan perubahan alamat).

Koreksi Nama Tertanggung**

Perubahan Pekerjaan Tertanggung/Pemegang Polis

Perubahan Penghasilan Pemegang Polis/Pembayar

Perubahan Lain - lain (cth. Perubahan Tgl Lahir, koreksi jenis kelamin, kewarganegaraan, dll)

No.	Dari	Menjadi

* Lampirkan foto copy Kartu Keluarga/Akte Lahir/Akte Pernikahan

** - Lampirkan foto copy Kartu Keluarga/Akte Lahir/Akte Pernikahan

- Tertanggung adalah orang yang sama

- Lampirkan Surat Perubahan Nama dari Pengadilan apabila ada perubahan nama

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

Data Polis

Nomor Polis :

Perubahan Penerima Manfaat

Nama Lengkap (sesuai kartu identitas diri yang dilampirkan)	L/P	%	Tanggal Lahir			Hubungan dengan Tertanggung/Peserta Utama
			Tgl	Bln	Thn	

- * - Sesuai kartu identitas diri yang dilampirkan
- Lampirkan foto copy Kartu Keluarga/Akte Lahir/Akte Pernikahan
- Lampirkan Surat Perubahan Nama dari Pengadilan apabila ada perubahan nama

Pernyataan

Saya mengerti, memahami dan menyetujui bahwa pengajuan perubahan ini :

1. Akan diproses apabila PT FWD Insurance Indonesia telah menerima Formulir Perubahan Polis dan kelengkapan dokumen yang diperlukan berikut pembayaran biaya sebagaimana yang telah ditentukan (jika ada).
2. Dinyatakan berlaku setelah disetujui oleh PT FWD Insurance Indonesia.
3. Apabila diperlukan, bersedia dihubungi oleh PT FWD Insurance Indonesia melalui media telpon/SMS/E-mail/media lain, termasuk dan tidak terbatas pada jam layanan FWD Customer Care.
4. Semua pernyataan dan jawaban di atas yang saya sampaikan adalah lengkap dan benar sesuai dengan keadaan terakhir.

Perhatian :

Produk asuransi ini diterbitkan oleh PT FWD Insurance Indonesia yang direferensikan oleh Bank Partner kepada Nasabahnya. Produk ini bukan merupakan produk yang diterbitkan oleh Bank sehingga Bank tidak berkewajiban apapun dan tidak menjamin apapun serta tidak termasuk dalam program penjaminan pemerintah Republik Indonesia. Bank juga tidak bertanggung jawab atas segala risiko apapun atas Polis asuransi yang diterbitkan oleh PT FWD Insurance Indonesia sehubungan dengan produk asuransi tersebut. Bank bukan agen PT FWD Insurance Indonesia maupun perantara dari Nasabah.

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

Tanda Tangan
Pemegang Polis

Tanda Tangan
Pemegang Polis Sebelumnya
(jika ada Pengajuan Perubahan Pemegang Polis)

Tanda Tangan
IC

(.....)

Nama Jelas

(.....)

Nama Jelas

(.....)

Nama Jelas