

## Formulir Perubahan Polis (Direct)

### Data Polis

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

Nomor Polis :

Nama Pemegang Polis :

Nama Tertanggung :

Alamat Korespondensi :

Kota :  Kode Pos :

Telepon :  -  HP :

Pekerjaan :

### Perubahan Minor

Isi dan beri tanda  sesuai dengan transaksi yang diinginkan

- Perubahan Alamat Korespondensi :  Rumah  Kantor  
 Alamat : \_\_\_\_\_  
 Kota : \_\_\_\_\_ Kode Pos : \_\_\_\_\_
- Telepon : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_ e-mail : \_\_\_\_\_
- Perubahan atau Penambahan Penerima Manfaat\*\*
- Perubahan (Edit) Nama Tertanggung\*
- Perubahan (Edit) Tanggal Lahir\*
- Perubahan Nomor Rekening Tabungan\*
- Perubahan Nomor Kartu Kredit\*

Dari	Menjadi	Masa Berlaku Kartu Baru

\* Keterangan

\*\* Lampirkan Copy Kartu Keluarga/Akte Lahir/Akte Pernikahan

Saya selanjutnya mengerti dan mengetahui bahwa pengajuan perubahan ini:

- Akan diproses apabila PT FWD Insurance Indonesia telah menerima Formulir Layanan Polis dan dokumen yang diperlukan.
- Akan berlaku setelah disetujui oleh PT FWD Insurance Indonesia.

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

Tanda Tangan Pemegang Polis

(.....)

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