

Direferensikan oleh :

Nama AO (RO) :

Kode AO (RO) :

Kode Cabang :  CIF Nasabah

Nama Cabang :

Diisi oleh Bank Partner

Produk : \_\_\_\_\_

Bank : \_\_\_\_\_

## Formulir Perubahan Polis FWD Elite Link (A2) - 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 foto copy e-KTP/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 : .....

Isi dan beri tanda  sesuai dengan transaksi yang diinginkan

### Perubahan Uang Pertanggungan dan/atau Asuransi Tambahan\*

No.	Dari	Menjadi	Wajib Diisi
			Sumber Dana : <input type="checkbox"/> Hasil Usaha <input type="checkbox"/> Hasil Investasi <input type="checkbox"/> Warisan <input type="checkbox"/> Gaji <input type="checkbox"/> Lainnya, Jelaskan

\* Untuk Perubahan Penambahan Uang Pertanggungan dan/atau Asuransi Tambahan Wajib menggunakan form A3

### Top Up Tunggal

Pengajuan Top Up Tunggal Rp

Jenis Dana Investasi	Alokasi	Nominal (Rp / AUD)
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<b>Total</b>	<b>100 %</b>	

Apakah ada perubahan data terkait dengan pekerjaan :  Ya\*  Tidak

\* Wajib isi form Perubahan Polis (A1)-Non Financial

Jumlah Penghasilan/Tahun  
Rp

### Penarikan Dana Investasi

Penarikan Sebagian Nilai Investasi (*Withdrawal*)\*

Jenis Dana Investasi		Alokasi	Nominal (Rp/AUD)
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
Total			

\*Transaksi Penarikan Dana Sebagian (*Withdrawal*) tidak bisa dilakukan bersamaan dengan transaksi Pengalihan Jenis Dana Investasi (*Switching*) dan harus menunggu hingga salah satu transaksi selesai di lakukan.

Penebusan (*Redemption*)\*\*

Alasan : \_\_\_\_\_

\*\* Wajib melampirkan Buku Polis (*khusus Redemption*)

### Data Polis

Nomor Polis :

### Penarikan Dana Investasi dipergunakan untuk:

Transfer ke Rekening PT Commonwealth Bank

Pembayaran Premi

Top Up

Nama Pemilik Rekening\* : \_\_\_\_\_ No Polis/SPAJ : \_\_\_\_\_

Cabang : \_\_\_\_\_ Nama Tertanggung : \_\_\_\_\_

No. Rekening : \_\_\_\_\_ Nama Pemegang Polis : \_\_\_\_\_

Premi (Rp/USD) : \_\_\_\_\_

Lain - lain, \_\_\_\_\_

\* Nama Pemilik Rekening harus sama dengan Pemegang Polis

\* Lampirkan copy Buku Tabungan, jika Rekening yang di pergunakan berbeda dengan rekening awal pembuatan Polis/data yang tertera pada system informasi PT FWD Insurance Indonesia

### Pengalihan/Perubahan Dana Investasi

Pengalihan Jenis Dana Investasi (*Switching*)

- Bebas biaya pengalihan untuk 4 kali pengalihan dalam tiap tahun Polis.

- Pengalihan yang dilakukan lebih dari 4 kali dalam tiap tahun Polis akan dikenakan biaya 0,5% dari dana yang dialihkan.

- Transaksi Pengalihan Jenis Dana Investasi (*Switching*) tidak bisa dilakukan bersamaan dengan transaksi Top Up dan Penarikan Dana Sebagian (*Withdrawal*) dan harus menunggu hingga transaksi sebelumnya selesai di proses

Perubahan Alokasi Dana Investasi (*Redirection*)

- Dilakukan untuk tanggal jatuh tempo pembayaran Premi berikutnya.

#### Switching

Switching		Fund Tujuan	
Jenis Dana Investasi	Alokasi*	Jenis Dana Investasi	Alokasi*
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

#### Redirection

Fund Tujuan	
Jenis Dana Investasi	Alokasi*
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

\*Jumlah alokasi harus dalam kelipatan 5%

### Perubahan Pembayaran

Perubahan Frekuensi

Frekuensi Pembayaran menjadi :  Tahunan  6 Bulanan  Triwulan  Bulanan

**Pernyataan dan Kuasa (harap dibaca dengan teliti sebelum menandatangani Formulir Perubahan Polis ini)**

Pemegang Polis, Tertanggung, Tertanggung Tambahan, Pembayar Premi (selanjutnya disebut : \*Pemberi Pernyataan"/ "Pemberi Kuasa") dengan ini menyatakan :

1. Telah membaca, mengerti, menjawab serta mengisi dengan benar dan lengkap semua pertanyaan dan keterangan yang tercantum dalam Formulir Perubahan Polis ini;
2. Setuju bahwa apabila di hari yang sama, terdapat proses penarikan biaya-biaya seperti biaya pemeliharaan polis, biaya pertanggungan, biaya akuisisi atau biaya-biaya lain yang terkait dengan polis, maka atas proses biaya-biaya tersebut akan diproses terlebih dahulu sebelum proses transaksi Unit Link.
3. Setuju bahwa apabila permintaan transaksi unit link diterima di kantor pusat di Jakarta selambat-lambatnya pukul 12.00 WIB, maka perhitungan jumlah unit akan ditentukan berdasarkan harga unit pada hari kerja berikutnya. Apabila permintaan transaksi unit link diterima setelah pukul 12.00 WIB, maka perhitungan jumlah unit akan ditentukan berdasarkan harga unit pada 2 (dua) hari kerja berikutnya.
4. Setuju bahwa segala resiko atas pemilihan jenis dana investasi sepenuhnya menjadi tanggung jawab pemegang polis.
5. PT FWD Insurance Indonesia tidak menanggung selisih harga unit yang terbentuk jika Formulir Perubahan Polis (A2) Unit Link diterima tidak diisi dengan lengkap/tidak benar dan/atau ada kekurangan dokumen pendukung.
6. Setuju bahwa apabila jawaban Pemberi Pernyataan dalam Formulir Perubahan Polis ini tidak benar maka PT FWD Insurance Indonesia (selanjutnya disebut "Penanggung") berhak untuk membatalkan Pertanggungan sesuai dengan ketentuan yang berlaku dalam Polis;
7. Setuju bahwa tidak ada keterangan atau informasi lain mengenai diri Pemberi Pernyataan kecuali informasi dan keterangan tersebut diberikan secara tertulis dan disahkan oleh Penanggung;
8. Bersedia memberikan informasi kepada Penanggung apabila terdapat perubahan data dan keterangan dalam Formulir Perubahan Polis ini;
9. Setuju bahwa Perubahan Polis yang diajukan akan diproses apabila PT FWD Insurance Indonesia telah menerima Formulir Perubahan Polis beserta Premi (jika ada) dan kelengkapan dokumen yang diperlukan serta biaya yang telah ditentukan (jika ada);
10. Memberi persetujuan dan kuasa kepada Penanggung untuk menggunakan dan/atau memberikan data/atau informasi mengenai Pemberi Kuasa yang tersedia, yang diperoleh atau disimpan oleh Penanggung melalui lembaga keuangan yang berwenang atau otoritas pajak Indonesia kepada pihak/otoritas terkait yang berwenang baik didalam ataupun diluar negeri dan kepada pihak-pihak lain (termasuk tetapi tidak terbatas pada perusahaan Reasuransi, Asuransi, Lembaga Bank, dan/atau Badan hukum lain baik didalam negeri maupun diluar negeri) yang memiliki hubungan kerjasama dengan Penanggung untuk keperluan namun tidak terbatas pada pembayaran klaim, pelayanan Nasabah, maupun penawaran produk lainnya kepada Pemberi Kuasa";
11. PT FWD Insurance Indonesia berhak menambah, mengurangi dan/atau mengganti ketentuan ini sewaktu-waktu.
12. 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.
13. Menyetujui segala informasi yang tertera pada Formulir Perubahan Polis berikut akan digunakan sebagai pengkinian data di PT FWD Insurance Indonesia.

**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.

**Perhatian**

1. Tanda Tangan Formulir Perubahan Polis ini setelah Anda yakin bahwa Anda sudah memberikan jawaban lengkap dan yang sebenarnya.
2. Jangan menandatangani Formulir Perubahan Polis dalam keadaan kosong.
3. Tanda Tangan harus sesuai Kartu Identitas yang dilampirkan dan akan menjadi spesimen Tanda Tangan Anda di kemudian hari.

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

Tanda Tangan Pemegang Polis

Tanda Tangan IC

(.....)  
Nama Jelas

(.....)  
Nama Jelas