Formulir Perubahan Polis *Non Financial*

- 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 Pemegang Polis disebelahnya.
- Mohon tidak menandatangani formulir dalam keadaan kosong.

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nomor Polis

Nama Pemegang Polis

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 lengkap

◯ **1. Perubahan Alamat, Email, atau Nomor Telepon**

Menjadi:

◯ Tempat Tinggal sesuai identitas ◯ Alamat Korespondensi ◯ Email ◯ Nomor Telepon

Alamat

Kota

Propinsi Kode Pos

Negara

Email

Nomor Handphone Telepon Tempat Kerja

Telepon Tempat Tinggal

Apabila perubahan alamat terdapat lebih dari satu, mohon menambah Formulir Perubahan Polis *Non Financial* yang berbeda.

◯ **2. Perubahan Penerima Manfaat**

Nama Penerima Manfaat	L/P	Tanggal Lahir (tgl/bln/thn)	Hubungan	%*
		- -		
		- -		
		- -		
		- -		
		- -		

Total 100%

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

Nomor Polis

3. Perubahan dan/atau Koreksi Nama

Pemegang Polis Tertanggung Utama Tertanggung Tambahan Penerima Manfaat

Nama Lama

Nama Baru*

Alasan perubahan

Dengan ini saya menyatakan bahwa nama yang dikoreksi adalah orang yang sama.
*) wajib diisi sesuai dengan identitas diri yang berlaku

4. Penggantian atau Perubahan Pemegang Polis

Pemegang Polis Lama

Pemegang Polis Baru

Tempat Lahir Tanggal Lahir - -

Negara tempat lahir

Kewarganegaraan WNI WNA, sebutkan:

Jenis Identitas KTP Akte Lahir Paspor

No. Identitas Masa Berlaku - -

No. KIMS/KITAS (khusus WNA) Masa Berlaku - -

Jenis Kelamin Laki-laki Perempuan

Status Perkawinan Kawin Belum Kawin Janda/Duda

Agama Islam Kristen Katolik Hindu Budha Lainnya

Nama Instansi/Perusahaan

Jenis Industri

Jenis Pekerjaan

Posisi/Golongan

Jelaskan detil pekerjaan

Kelas Pekerjaan (Sesuai ketentuan Underwriting) Kelas I Kelas II Kelas III Kelas IV

Jumlah penghasilan bruto per bulan (dalam jutaan rupiah)

NPWP

Sumber penghasilan Gaji Suami/Istri Hasil Investasi Bisnis Pribadi Bonus/Insentif/Komisi Lainnya

Hubungan dengan Tertanggung Utama Diri Sendiri Suami/Istri Orang Tua Saudara Kandung Anak Kakek/Nenek Cucu Lainnya

Alasan perubahan Pemegang Polis sebelumnya meninggal dunia Perubahan Status (Janda/Duda) Tertanggung Utama menjadi Pemegang Polis Ditetapkan Pengadilan Lainnya

Apakah alamat surat menyurat/ nomor telepon/ email Kamu sama dengan Pemegang Polis Lama? Ya Tidak

Jika **Tidak**, mohon mengisi Perubahan Alamat, Email, atau Nomor Telepon, di halaman 1 Formulir ini

Apakah pembayar Premi selanjutnya adalah pihak lain selain Pemegang Polis? Ya Tidak

Jika **Ya**, mohon mengisi dan melampirkan Formulir Beneficial Owner bersamaan dengan Formulir ini

5. Cetak Ulang Polis atau Kartu HS

Pengajuan dan Nama Tertanggung	Alasan	Kelengkapan Dokumen
Cetak Ulang Polis	Hilang	- Surat Keterangan Kehilangan dari Kepolisian (khusus Polis)
Cetak Ulang Kartu HS atas nama Tertanggung:	Rusak	- Buku Polis/Kartu yang rusak
	Belum pernah terima	- Surat Pernyataan Pemegang Polis

Nomor Polis

Persyaratan/Kelengkapan Dokumen:

◯ 1. Formulir ini, diisi lengkap dan ditandatangani oleh Pemegang Polis
◯ 2. Fotokopi kartu identitas diri Pemegang Polis, yang masih berlaku
◯ 3. Kelengkapan Dokumen Tambahan:

Jenis Perubahan Polis	Dokumen Kelengkapan Tambahan
Perubahan Alamat, Email, atau Nomor Telepon	Tidak ada
Perubahan Penerima Manfaat	Fotokopi Akte Lahir atau fotokopi Kartu Keluarga untuk Individu yang mempunyai Keterikatan Asuransi dengan Tertanggung Utama.
Perubahan dan/atau Koreksi Nama	a. Fotokopi Akte Lahir atau fotokopi kartu identitas diri dari Nama yang diubah b. Fotokopi Surat Penetapan Ganti Nama untuk penggantian Nama
Penggantian atau Perubahan Pemegang Polis	a. Fotokopi kartu identitas diri Pemegang Polis (Baru), yang masih berlaku b. Fotokopi kartu identitas diri Pembayar Premi dan Formulir Beneficial Owner jika Pembayar Premi berbeda dengan Pemegang Polis Baru. c. - Fotokopi Akte Cerai (jika alasan yang dipilih adalah Perubahan Status (Janda/Duda) - Fotokopi Surat Keterangan Kematian (jika alasan yang dipilih adalah Pemegang Polis lama meninggal dunia)
Cetak Ulang Polis atau Kartu HS	a. Surat Keterangan Kehilangan dari Kepolisian dan diajukan oleh Pemegang Polis (jika alasan yang Polis/kartu HS adalah hilang) b. Buku Polis atau kartu HS (jika alasan yang dipilih adalah rusak) c. Surat Pernyataan Pemegang Polis (jika alasan yang dipilih adalah belum pernah terima)

◯ 4. Dokumen lain yang berkaitan dengan transaksi ini, yang akan diberitahukan kemudian oleh PT FWD Insurance Indonesia ("FWD Insurance") (jika diperlukan)

Ketentuan:

1. Formulir ini hanya dapat digunakan untuk satu nomor Polis yang status Polisnya **Aktif** (*inforce*).
2. Dokumen yang telah diisi lengkap dan benar harus sudah diterima oleh Kantor Pusat FWD Insurance bagian POS *Department* paling lambat pukul 14.00 WIB untuk diproses di hari yang sama.
3. Apabila dokumen yang diterima tidak lengkap dan benar, maka permohonan akan diproses saat kelengkapan dokumen terakhir diterima sesuai batas waktu yang ditetapkan.
4. Formulir ini berlaku selama 30 hari kalender dihitung sejak ditandatangani oleh Pemegang Polis sampai diterima oleh Kantor Pusat FWD Insurance. Apabila dokumen diterima melebihi 30 hari kalender, maka Formulir ini tidak dapat diproses. Pemegang Polis dapat mengajukan ulang Formulir baru beserta kelengkapan dokumen pendukung.
5. Setiap dokumen yang telah diterima dan disetujui oleh FWD Insurance bersifat final dan tidak dapat dibatalkan dengan alasan apapun.
6. Apabila Pemegang Polis Lama sebagai Tertanggung Tambahan, maka Manfaat Asuransi Tambahan tidak secara otomatis berlaku bagi Pemegang Polis baru.
7. Biaya yang dikenakan atas cetak ulang Polis sejumlah Rp 200.000,- dan /atau Kartu HS sebesar Rp 25.000,-
8. Pengajuan permohonan cetak ulang Polis hanya berlaku untuk Polis yang diterbitkan secara *hardcopy*.
9. Apabila Polis dalam Jaminan Koleteral *(Banker's Clause)*, maka Polis tidak dapat dilakukan Penggantian Pemegang Polis atau cetak ulang Polis.

Pernyataan Pemegang Polis

Saya dengan ini menyatakan, memahami dan menyetujui bahwa:

1. Seluruh ketentuan dalam Polis dan Formulir ini serta biaya dan/atau pajak yang timbul terkait pengajuan transaksi pada Formulir ini.
2. Semua informasi dan kelengkapannya yang tertera dan terkait dengan pengajuan transaksi pada Formulir ini adalah lengkap dan benar. Apabila ditemukan kekeliruan atau terdapat unsur penipuan dalam informasi pada Formulir ini, maka Saya bersedia bertanggung jawab secara hukum dan membebaskan FWD Insurance beserta afiliasinya dari segala tuntutan dari pihak manapun dan FWD Insurance berhak menolak pengajuan transaksi pada Formulir ini.
3. FWD Insurance berhak menolak permohonan transaksi ini apabila Saya atau Calon Pemegang Polis tidak dapat memenuhi ketentuan Anti Pencucian Uang dan Pencegahan Pendanaan Terorisme sesuai ketentuan yang berlaku.
4. Tidak ada perubahan Data pribadi Saya atau Calon Pemegang Polis status kewajiban pajak Saya terkait dengan Foreign Account Tax Compliance Act of United States of America (FATCA)atau Common Reporting Standard (CRS).

Tempat dan Tanggal Pengajuan

- - 2 0

Kode Tenaga Pemasar

Tanda Tangan Pemegang Polis	Tanda Tangan Pemegang Polis Baru (sesuai identitas diri yang berlaku)	Tanda Tangan Tenaga Pemasar
(_____)	(_____)	(_____)
Nama Jelas	Nama Jelas	Nama Jelas