

Direferensikan oleh :

Nama AO (RO) :

Kode AO (RO) :

Kode Cabang : CIF Nasabah

Nama Cabang :

Diisi oleh Bank Partner



Produk : _____

Bank : _____

Formulir Perubahan Polis (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 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 : HP :

NIK : 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

Fasilitas Cuti Premi

Reaktivasi Pembayaran Premi

Perubahan Jumlah Premi Berkala menjadi*

Rp/AUD

- Perubahan Jumlah Premi Berkala berpengaruh terhadap besarnya Uang Pertanggung (min Uang Pertanggung 5 x jumlah Premi Berkala)

- Minimum penambahan Rp1.200.000/tahun

- Mohon lampirkan ilustrasi dengan perubahan yang diinginkan

Perubahan Jumlah Premi Top Up Berkala*

Rp/AUD

- Perubahan penambahan Rp1.200.000/tahun

- Mohon lampirkan ilustrasi dengan perubahan yang diinginkan

Perubahan Uang Pertanggung dan/atau Asuransi Tambahan

No.	Dari	Menjadi

*Untuk perubahan Premi Berkala dan Top Up Berkala di mana ada Waiver Series di Polisnya, Wajib menggunakan form A3

Top Up Tunggal

Pengajuan Top Up Tunggal

Rp/AUD

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

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

Wajib Diisi

Sumber Dana :

Hasil Usaha

Hasil Investasi

Warisan

Gaji

Lainnya,

Jelaskan

Jumlah Penghasilan/Tahun

Rp

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 :
Pengalihan/Perubahan Dana Investasi

- Pengalihan Jenis Dana Investasi (*Switching*)
- Bebas biaya pengalihan untuk 4 kali pengalihan dalam tiap tahun Polis
 - Biaya pengalihan jenis dana investasi (*Switching*) sebesar 0.5% dari jumlah dana yang dialihkan, hanya akan dikenakan untuk pengalihan ke 5 dan seterusnya per tahun polis
 - 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"/>	
Total	100%

*Jumlah alokasi harus dalam kelipatan 5%

Penarikan Dana Investasi

- Penarikan Sebagian Nilai Investasi (*Withdrawal*)

Jenis Dana Investasi	Unit	Nominal
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
Total		

Dana Penarikan harap ditransfer ke rekening

Nama Pemilik Rekening* : _____
 Bank / Cabang : _____
 No. Rekening : _____

- * Nama Pemilik Rekening harus sama dengan Pemegang Polis.
- * Wajib melampirkan copy Buku Tabungan.
- * 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*)

Fitur Inflation Link

Dengan menambahkan fitur ini, besarnya Premi dan Uang Pertanggungans setiap tahun disesuaikan berdasarkan presentase Indeks Harga Konsumsi (IHK) tahunan yang dihitung dari data bulanan IHK dan tingkat inflasi Indonesia yang dikeluarkan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) setiap bulan Oktober. Angka perhitungan tersebut akan dipergunakan untuk menghitung kenaikan Uang Pertanggungans dan Premi pada tahun Polis berikutnya.

- Penambahan fasilitas Inflation Link dengan persentase kenaikan Indeks Harga Konsumsi (IHK) sebesar :

50% 100% Persentase lainnya, _____

- Penghentian/tidak setuju menggunakan fasilitas *Inflation Link*

Data Polis

Nomor Polis :

Perubahan Pembayaran

Perubahan Metode Pembayaran

Metode Pembayaran : Auto Debet Kartu Kredit * Auto Debet Rekening Bank *

Perubahan Frekuensi

Frekuensi Pembayaran menjadi : Tahunan 6 Bulan Triwulan Bulanan

* Auto Debet Kartu Kredit hanya untuk produk PT FWD Insurance Indonesia dan hanya berlaku untuk Visa dan Master

* Lampirkan: 1. Surat Kuasa Pendebitan Kartu Kredit/Rekening Bank
2. Foto copy Kartu Kredit/Buku Tabungan

* Perubahan Metode Pembayaran tidak dapat dilakukan saat status Polis dalam kondisi Cuti Premi (*Premium Holiday*)

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

Pemegang Polis, Calon Tertanggung, Calon 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 pkl 12.00 WIB, maka perhitungan jumlah unit akan ditentukan berdasarkan harga unit pada hari kerja berikutnya. Apabila permintaan transaksi unit link diterima setelah pkl 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

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

(.....)
Nama Jelas

(.....)
Nama Jelas