

Formulir Pengalihan Premi SPAJ/Polis

Nama Pemegang SPAJ/Polis : _____

Nomor SPAJ/Polis : _____

Jumlah Premi yang dialihkan : _____

Pembayaran Premi SPAJ/Polis tersebut di atas dialihkan ke

Nama Pemegang SPAJ/Polis : _____

Nomor SPAJ/Polis : _____

Hubungan Pemegang Polis dengan

Pemegang Polis yang dialihkan*: Diri sendiri** Suami/Istri Orangtua Anak Saudara Kandung

*Centang (√) salah satu

**Selain diri sendiri, wajib melampirkan bukti pendukung kartu keluarga

Alasan Pengalihan Premi tersebut: (wajib diisi)

Tanda Tangan Pemegang Polis
Yang mengalihkan Premi

Tanda Tangan Agen

(_____)
Nama Jelas

(_____)
Nama Jelas

Diajukan tanggal: ____/____/_____

Pengalihan Premi adalah pengalihan pembayaran Premi SPAJ/Polis yang sebelumnya telah diterima oleh PT FWD Insurance Indonesia ke SPAJ/Polis lain, yang disebabkan oleh SPAJ/Polis sebelumnya batal/*surrender* atau karena sebab lainnya.

Ketentuan:

Standard service pengalihan premi adalah 2 hari kerja sejak dokumen diterima oleh Premium Management