

FORMULIR PERUBAHAN POLIS FINANCIAL

- Mohon mengisi dengan menggunakan tinta hitam, huruf kapital, jelas dan memberi tanda (v) pada kotak jawaban yang sesuai.
- Jika terjadi salah penulisan, jangan dihapus tetapi dicoret dan bubuhkan tanda tangan Pemegang Polis di sebelahnya sesuai dengan kartu identitas diri yang dilampirkan.
- Mohon tidak menandatangani formulir pengajuan ini dalam keadaan kosong.

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Pemegang Polis :

Nomor Polis :

No. telepon yang bisa dihubungi :

Apakah ada perubahan alamat, : Ya Tidak Jika Ya, mohon agar mengisi Formulir Pengajuan Perubahan Polis *Non Financial* email atau no. telepon?

Perubahan Frekuensi Pembayaran Premi : Tahunan Semesteran Triwulanan Bulanan

Perubahan Fasilitas Pembayaran Premi (Bank Transfer, Autodebit Rekening, Autodebit Kartu Kredit):

Fasilitas Pembayaran Premi Sebelumnya	Fasilitas Pembayaran Premi yang Diinginkan

Pengaktifan Fasilitas Cuti Premi : Sejak tanggal jatuh tempo - - (tgl - bln - thn)

Penghentian Fasilitas Cuti Premi : Sejak tanggal jatuh tempo - - (tgl - bln - thn)

Perubahan Tanggal Lahir Atas : Tertanggung Utama Pemegang Polis Tertanggung Tambahan Penerima Manfaat

Nama :

Tanggal Lahir Sebelumnya : - -

Tanggal Lahir Sebenarnya : - -

Jika jumlah perubahan tanggal lahir lebih dari 1 (satu) dapat dituliskan pada Amandemen dan ditandatangani oleh Pemegang Polis.

Penambahan Manfaat Asuransi Tambahan (Rider)

No.	Jenis Asuransi Tambahan	Uang Pertanggungan Asuransi Tambahan	Nama Tertanggung atas Asuransi Tambahan
1			
2			
3			
4			
5			

Penghapusan Manfaat Asuransi Tambahan (Rider)

No.	Jenis Manfaat Asuransi Tambahan	Nama Tertanggung atas Asuransi Tambahan
1		
2		
3		
4		
5		

Perubahan Uang Pertanggungan

Manfaat Asuransi Dasar Manfaat Asuransi Tambahan (Rider)

Jenis Pertanggungan	Uang Pertanggungan Saat Ini	Uang Pertanggungan Baru

Perubahan Premi Dasar

Premi Dasar Saat Ini	Premi Dasar Baru

DATA DAN DANA PEMBAYARAN PREMI

1. Pembayar Premi adalah:

Pihak lain selain Pemegang Polis, Tertanggung Utama atau Tertanggung Tambahan, yang memiliki dana, memberikan instruksi, atau memberi kuasa atas transaksi ini.

Ya Tidak

Jika Ya, mohon melengkapi Formulir Pengajuan *Beneficial Owner* dan dilampirkan bersama dengan Formulir Pengajuan Perubahan Polis *Financial* ini.

2. Dana Pembayaran Premi:

a. Sumber dana:

Gaji Suami/Istri Hasil Investasi Bisnis Pribadi Bonus/Insentif/Komisi
 Lainnya, sebutkan _____

b. Jumlah penghasilan rutin dan non rutin per bulan (dalam jutaan Rupiah)

Rutin per bulan Non Rutin per bulan

3. Tujuan Peningkatan Uang Pertanggungan dan/atau Premi adalah: (pilihan dapat lebih dari satu)

Proteksi Tabungan Pendidikan Pensiun Lainnya, sebutkan _____

PERNYATAAN (Harap dibaca dengan teliti sebelum menandatangani Formulir Perubahan Polis *Financial*)

Pemegang Polis (selanjutnya disebut "Saya") menyatakan bahwa:

- Saya sendiri yang menandatangani Formulir ini setelah Formulir Pengajuan ini terisi lengkap dan benar.
- Saya telah membaca, memahami dan menyetujui seluruh persyaratan dan ketentuan yang terdapat di halaman 3 pada Formulir ini.
- Semua informasi yang telah Saya berikan dan tuliskan di dalam Formulir ini adalah benar dan tidak ada keterangan maupun hal-hal lain yang Saya sembunyikan.
- Semua informasi pada ilustrasi yang terlampir bersama dengan Formulir ini adalah benar dan dibuat atas keinginan dan persetujuan Saya.
- Transaksi keuangan yang dilakukan pada PT FWD Life Indonesia ("FWD Life") tidak berasal dari/untuk tujuan tindak pidana pencucian uang (*money laundering*) atau tindak pidana terorisme sebagaimana dimaksud UU No. 8 tahun 2010 mengenai Pencegahan dan Pemberantasan Tindak Pidana Pencucian Uang dan UU No. 9 tahun 2013 mengenai Pencegahan dan Pemberantasan Tindak Pidana Terorisme. Apabila ada indikasi pelanggaran atas Undang-Undang tersebut di atas maka FWD Life akan melaksanakan kewajibannya sesuai dengan ketentuan yang berlaku, termasuk melakukan kewajiban pelaporan atas transaksi keuangan yang mencurigakan kepada pihak berwenang.
- Saya mengerti dan telah mendapatkan penjelasan sepenuhnya dari Agen dan selanjutnya menyatakan setuju mengenai hal-hal yang tersebut di bawah ini:
 - Semua informasi yang tertulis di dalam Formulir Perubahan Polis *Financial* dan/atau disampaikan kepada pemeriksa kesehatan yang ditunjuk oleh FWD Life (jika ada) akan menjadi dasar dari ketentuan-ketentuan dalam Polis.
 - Perubahan Pertanggungan atas Polis termasuk tanggal lahir tidak berlaku sebelum perubahan Polis disetujui yaitu dengan penerbitan Endorsemen sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari Polis. Pertanggungan menjadi batal apabila keterangan, pernyataan atau pemberitahuan yang disampaikan ternyata keliru yang sifatnya sedemikian rupa sehingga Pertanggungan tidak akan diadakan atau tidak diadakan dengan syarat-syarat yang sama bila FWD Life mengetahui keadaan yang sesungguhnya dari hal itu.
- Apabila ternyata Saya atau Tertanggung melakukan pemeriksaan kesehatan atau mengajukan klaim sebelum perubahan Polis disetujui di luar pengetahuan FWD Life dimana hasil pemeriksaan atau data pada klaim tersebut dapat mempengaruhi/mengubah keputusan *underwriting*, maka pengajuan perubahan Polis akan ditinjau ulang oleh FWD Life dan penilaian ulang tersebut dapat menyebabkan pembatalan pengajuan perubahan Polis *Financial* atau Pembatalan Polis.
- Alokasi Nilai Investasi yang tertera di dalam halaman ilustrasi yang terlampir dianggap tidak berubah apabila Saya tidak melampirkan Formulir Pengajuan Pengalihan Nilai Investasi dan Perubahan Alokasi Nilai Investasi.
- Dengan ini Saya atau Tertanggung memberikan kuasa yang tidak dapat ditarik kembali atau dibatalkan kepada setiap Tenaga Medis/Rumah Sakit/Klinik/Puskesmas dan/atau Laboratorium, perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi, badan instansi/lembaga atau pihak lain yang mempunyai informasi/catatan riwayat kesehatan, penyakit, perawatan atau informasi lain mengenai diri Saya/Kami/Tertanggung lain, untuk mengungkapkan kepada FWD Life semua informasi tersebut. Kuasa ini tetap berlaku, tidak dapat ditarik kembali atau dibatalkan oleh sebab apapun pada waktu Saya/Kami/Tertanggung lain masih hidup maupun Saya/Kami/Tertanggung lain meninggal. Salinan/fotokopi dari klausula ini sama sah dan berlaku sesuai dengan dokumen aslinya.

**Pemegang Polis yang membuat ilustrasi baru sebagai syarat Perubahan Polis *Financial*,
harus juga memperhatikan syarat dan ketentuan yang tercantum pada ilustrasi tersebut.**

Akibat hukum dan/atau kerugian yang timbul karena ditandatanganinya Formulir ini dalam keadaan kosong/belum terisi lengkap merupakan tanggung jawab Pemegang Polis.

Tanggal Pengajuan: - - (tgl - bln - thn)

Tanda Tangan Pemegang Polis

Tanda Tangan Agen/Saksi

(_____)
Nama Jelas

(_____)
Nama Jelas

Kode Agen:

PERSYARATAN DAN KETENTUAN PERUBAHAN POLIS *FINANCIAL*

Persyaratan/Dokumen yang harus diserahkan ke Kantor Pusat:

Perubahan <i>Financial</i> yang dilakukan	Formulir Perubahan Polis <i>Financial</i> Asli	Fotokopi Kartu Identitas	Formulir Keterangan Kesehatan	Ilustrasi	Dokumen Lainnya
Perubahan Frekuensi Pembayaran Premi	√	√	-	-	- Bukti Pembayaran
Perubahan Fasilitas Pembayaran Premi	√	√	-	-	- Surat Kuasa Pendebitan dan/atau Kartu Kredit (jika bukan perubahan menjadi <i>Bank Transfer</i>)
Perubahan Tanggal Lahir	√	√	-	√ ⁴	- Akte Lahir - Surat penjelasan terjadinya perbedaan tanggal lahir
Pengaktifan Fasilitas Cuti Premi	√	√	-	-	
Penghapusan Fasilitas Cuti Premi	√	√	-	-	- Bukti Pembayaran
Penambahan Manfaat Asuransi Tambahan (<i>Rider</i>)	√	√	√	√	
Penghapusan Manfaat Asuransi Tambahan (<i>Rider</i>)	√	√	-	√	
Penambahan Uang Pertanggungan	√	√	√	√	
Penurunan Uang Pertanggungan	√	√	-	√	
Penambahan Premi Dasar	√	√	√	√	
Penurunan Premi Dasar	√	√	-	√	

Ketentuan Khusus Perubahan Polis *Financial*:

1. Polis dalam status aktif (*In Force*).
2. Dalam hal cuti Premi, Perubahan Polis *Financial* tetap dapat dilakukan, namun ketentuan ini tidak berlaku untuk perubahan frekuensi pembayaran Premi, dan perubahan fasilitas pembayaran Premi.
3. Formulir Perubahan Polis *Financial* ini hanya dapat digunakan untuk 1 (satu) nomor Polis.
4. Ilustrasi wajib dilampirkan apabila selisih perbedaan tanggal lahir lebih dari 1 tahun dan/atau merubah jumlah Premi dasar dan/atau Uang Pertanggungan.
5. Tanggal berlaku perubahan *Financial* yang dilakukan adalah pada Tanggal Jatuh Tempo Premi berikutnya, kecuali untuk perubahan tanggal lahir.
6. Perubahan Polis seperti penambahan manfaat asuransi tambahan, penambahan Premi, dan penambahan Uang Pertanggungan, akan melalui proses *underwriting* sehingga kemungkinan terdapat permintaan pemeriksaan kesehatan atau persyaratan tambahan.
7. Sejak disetujuinya pengajuan ini maka akan berlaku ketentuan baru yang menggantikan ketentuan sebelumnya sesuai dengan Perubahan Polis *Financial* yang diajukan pada ilustrasi yang terlampir.
8. Pengajuan Perubahan *Financial* yang telah diterima dan disetujui tidak dapat dibatalkan kembali oleh Pemegang Polis.
9. Biaya-biaya yang timbul akibat dari Perubahan Polis *Financial* yang dilakukan akan dibebankan dengan cara pemotongan Unit menggunakan Harga Unit pada tanggal perhitungan terdekat berikutnya setelah perubahan disetujui FWD Life Indonesia.

PERHATIAN:

Ada kemungkinan setelah pembebanan Biaya Perubahan Polis *Financial* disetujui, Unit yang tersedia tidak mencukupi lagi untuk membayar Biaya Asuransi dan Biaya Lainnya sehingga Polis menjadi batal/*lapse*. Mohon Pemegang Polis selalu memonitor kecukupan Unit sehingga Pertanggungan dapat terus berjalan.