

FORMULIR PERMOHONAN CETAK ULANG (REPRINT)

- 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?

setuju untuk mengajukan cetak ulang atas Polis Saya diatas sebagai berikut: *(pilihan boleh dari satu)*

- Cetak Ulang Polis
- Cetak Ulang Kartu Peserta Hospital & Surgical

dengan alasan sebagai berikut:

- Hilang, berikut terlampir Surat Keterangan Kehilangan dari Kepolisian dengan pelapor adalah Pemegang Polis;
- Rusak, Buku Polis yang rusak dikembalikan ke PT FWD Life Indonesia ("FWD Life") bersamaan dengan pengajuan cetak ulang Polis ini;

PERSYARATAN DAN KETENTUAN PERMOHONAN CETAK ULANG (REPRINT) POLIS DAN KARTU PESERTA HOSPITAL & SURGICAL

Persyaratan Umum/Dokumen yang Harus Diserahkan ke Kantor Pusat:

1. Formulir Permohonan Cetak Ulang (*Reprint*) Polis atau Kartu Peserta *Hospital & Surgical*.
2. Fotokopi kartu identitas diri (ID) Pemegang Polis yang masih berlaku.
3. Bukti pembayaran biaya cetak ulang Polis dan/atau Kartu Peserta *Hospital & Surgical*.
4. Jika Polis hilang, melampirkan surat keterangan dari Kepolisian asli yang menyatakan telah kehilangan Buku Polis dengan mencantumkan nomor Polis yang hilang. Pelapor pada Surat Keterangan Kehilangan adalah Pemegang Polis.
5. Jika Polis dan/atau Kartu Peserta *Hospital & Surgical* rusak, melampirkan Polis dan/atau Kartu Peserta *Hospital & Surgical* yang rusak tersebut.

Ketentuan:

1. Polis dalam status aktif (*Inforce*).
2. Pengajuan permohonan cetak ulang Polis hanya berlaku untuk Polis yang tidak diterbitkan secara elektronik.
3. Formulir Permohonan Cetak Ulang (*Reprint*) ini hanya dapat digunakan untuk 1(satu) nomor Polis.
4. Membayar biaya cetak ulang Polis sejumlah Rp200.000,- dan/atau Kartu Peserta *Hospital & Surgical* sebesar Rp25.000,-
5. Pembayaran biaya cetak ulang Polis dan/atau Kartu Peserta *Hospital & Surgical* dapat dilakukan melalui ATM atau *Internet Banking* di bank yang tersedia.
6. Apabila dokumen pengajuan diterima tidak lengkap/atau tidak benar, maka pengajuan Cetak Ulang (*Reprint*) Polis dan/atau Kartu Peserta *Hospital & Surgical* akan ditunda. Pengajuan Permohonan Cetak Ulang (*Reprint*) Polis dan/atau Kartu Peserta *Hospital & Surgical* akan diproses setelah kelengkapan dokumen terakhir diterima oleh Kantor Pusat.
7. Tanggal Formulir ditandatangani sampai dengan Formulir diterima oleh Kantor Pusat PT FWD Life Indonesia ("FWD Life") adalah tidak lebih dari 30 hari kalender. Apabila tanggal Formulir ditandatangani lebih dari 30 hari kalender, maka Pengajuan Permohonan Cetak Ulang (*Reprint*) Polis dan/atau Kartu Peserta *Hospital & Surgical* tidak dapat diproses dan Pemegang Polis dapat mengajukan ulang Formulir baru beserta kelengkapan dokumen pendukung.
8. Duplikat Polis diterbitkan sesuai dengan kondisi Polis ini diproses. Jika ada pengajuan perubahan Polis yang belum selesai atau diterima sesudah pengajuan cetak ulang Polis maka FWD Life Indonesia akan mengirimkan Endorsemen atas perubahan Polis tersebut yang merupakan satu kesatuan dokumen dengan duplikat Polis.
9. Pengajuan cetak ulang Polis hanya ditujukan untuk menggantikan dokumen Polis yang hilang atau rusak. Untuk perubahan Polis, FWD Life akan menerbitkan Endorsemen yang menjelaskan perubahan Polis yang disetujui.
10. Pengajuan Cetak Ulang Kartu Peserta *Hospital & Surgical* akan diproses setelah proses Perubahan Nama atau Koreksi Nama yang ada pada Polis selesai dilakukan (jika ada).
11. Pengajuan Cetak Ulang (*Reprint*) Polis tidak dapat diproses apabila Polis masih dalam Jaminan Kolateral (*Banker's Clause*).
12. Pengajuan permohonan cetak ulang Polis dan Kartu Peserta *Hospital & Surgical* yang telah diterima tidak dapat dibatalkan oleh Pemegang Polis dengan alasan apapun.

Dengan ini Saya mengatakan telah memahami dan menyetujui bahwa:

1. Dengan diterbitkannya duplikat Polis dan/atau Kartu Peserta *Hospital & Surgical* atas pengajuan ini maka Polis asli dan/atau Kartu Peserta *Hospital & Surgical* yang diterbitkan sebelumnya menjadi tidak berlaku lagi.
2. Saya membebaskan FWD Life dari segala tuntutan hukum yang mungkin timbul apabila Polis asli dan/atau Kartu Peserta *Hospital & Surgical* yang telah hilang ditemukan.
3. Saya telah membaca persyaratan dan ketentuan Permohonan Cetak Ulang (*Reprint*) Polis dan/atau kartu Peserta *Hospital & Surgical* yang tertera pada Formulir pengajuan ini. Segala risiko yang timbul yang termasuk yang diakibatkan karena Formulir ini ditandatangani dalam keadaan kosong/belum terisi lengkap menjadi tanggung jawab Saya sebagai Pemegang Polis.

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

Tanda Tangan Pemegang Polis

(_____)
Nama Jelas