



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	%*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Total				100%

Nomor Polis

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Persyaratan/Kelengkapan Dokumen:

- 1. Formulir ini, diisi lengkap dan ditandatangani oleh Pemegang Polis
- 2. Fotokopi e-KTP (WNI) / Passport (WNA) 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 e-KTP (WNI) atau Passport (WNA) dari Nama yang diubah b. Fotokopi Surat Penetapan Pengadilan Ganti Nama untuk penggantian Nama
Penggantian atau Perubahan Pemegang / Pembayar Polis	a. Fotokopi e-KTP (WNI) atau Passport (WNA) Pemegang / Pembayar Polis (Baru) yang masih berlaku b. Fotokopi e-KTP (WNI) atau Passport (WNA) Pembayar Premi atau 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 / Pembayar 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 (bermeterai) Pemegang Polis (jika alasan yang dipilih adalah belum pernah terima) d. Lampirkan bukti pembayaran Cetak Ulang Polis dan KartuHS

- 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 Formulir ini, maka saya bersedia bertanggung jawab secara hukum dan membebaskan FWD Insurance Indonesia 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 dengan 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).
5. Dengan dicetaknya Duplikat Polis maka Polis dengan nomor tersebut di atas diterbitkan sebelumnya menjadi tidak berlaku lagi. Saya memberikan pembebasan sepenuhnya kepada FWD Insurance dari segala tuntutan hukum yang mungking timbul di kemudian hari.

Tempat dan Tanggal Pengajuan

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

		-			-					2	0				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	---	---	--	--	--	--

Tanda Tangan Pemegang Polis

(_____)
Nama Jelas

Tanda Tangan Pemegang Polis Sebelumnya
(sesuai identitas diri yang berlaku)

(_____)
Nama Jelas

Tanda Tangan Pembayar Premi Baru
(sesuai identitas diri yang berlaku)

(_____)
Nama Jelas

Kode Tenaga Pemasar

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tanda Tangan Tenaga Pemasar

(_____)
Nama Jelas