

Nama (Calon) Pemegang Polis : _____
Nama (Calon) Tertanggung : _____
No. SPAJ/SPA/Polis : _____

Amandemen Untuk Surat Permohonan Asuransi dan/atau Pengajuan Pelayanan Polis



Pernyataan tambahan/perubahan untuk dilengkapi oleh (Calon) Tertanggung dan/atau (Calon) Pemegang Polis

Pernyataan dan Kuasa

Saya/Kami menyatakan telah memberikan jawaban dan keterangan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya, tanpa menyembunyikan fakta dan informasi apapun. Apabila ada hal yang Saya/Kami ketahui namun tidak Saya/Kami kemukakan dengan benar dan lengkap, maka Saya/Kami bersedia menanggung segala konsekuensinya termasuk pembatalan Polis oleh pihak PT FWD Insurance Indonesia.

Saya/Kami dengan ini memberikan kuasa 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 PT FWD Insurance Indonesia 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 setelah Saya/Kami/Tertanggung lain meninggal. Salinan/fotokopi dari klausula ini sama sah dan berlakunya sesuai dokumen aslinya.

Saya/Kami menyetujui dan menyatakan bahwa amandemen ini menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari SPAJ/SPA/Polis tersebut di atas kepada PT FWD Insurance Indonesia

Ditandatangani di _____, pada tanggal _____

(Calon) Tertanggung/Orang Tua/Wali
Mewakili tanda tangan untuk (Calon) Tertanggung Anak

(Calon) Pemegang Polis

Nama Jelas & Tanda Tangan

Nama Jelas & Tanda Tangan

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