

Formulir Perubahan Polis (A3)

- Mohon mengisi dengan menggunakan tinta hitam, huruf cetak, jelas dan memberi tanda pada kotak jawaban yang sesuai.
- Mohon tidak menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong.
- Jika terjadi salah pengisian, harap dicoret dan ditandatangani Pemegang Polis di sebelahnya sesuai dengan kartu identitas yang berlaku.
- Wajib melampirkan foto copy e-KTP/Paspor yang masih berlaku untuk semua perubahan dan transaksi yang diajukan.
- Untuk mempercepat proses pengajuan Anda, harap menandatangani dan mengisi formulir ini secara lengkap dan menyertakan seluruh persyaratan yang tertera pada formulir ini.

Data Polis

Saya yang bertanda tangan di bawah ini adalah Pemegang Polis dengan data sebagai berikut :

Nomor Polis :

Nama Pemegang Polis :

Telepon : HP:

NIK : E-mail:

Wajib diisi :

Apakah Anda memiliki kewajiban untuk membayar pajak atau mengirimkan formulir pajak Anda ke Negara lain selain di Indonesia?

Ya Tidak

Jika Ya, mohon disebutkan nama - nama negaranya :

Isi dan beri tanda sesuai dengan transaksi yang diinginkan

Perubahan Premi, Uang Pertanggungan dan Asuransi Tambahan

- Perubahan Jumlah Premi Berkala menjadi Rp
Perubahan Jumlah Premi Berkala berpengaruh terhadap besarnya Uang Pertanggungan (min. Uang Pertanggungan 5 x jumlah Premi Berkala)
- Perubahan Jumlah Premi *Top - Up* Berkala menjadi Rp
- Perubahan Uang Pertanggungan

No.	Dari	Menjadi

Data Polis

Nomor Polis :

Data Tertanggung

1. Nama Lengkap 2. Tinggi & Berat Cm Kg

3. Jenis Kelamin L P 4. Status Kawin Belum Kawin Cerai 5. Hub dgn Tertanggung

6. Tanggal Lahir/Umur

Tanggal	Bulan	Tahun	Umur	Tempat Lahir
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

7. No. Kartu Identitas Diri/NIK (e-KTP/Paspor/SIU) Coret yang tidak sesuai (WNI wajib mengisi dengan NIK atau WNA wajib mengisi no. Paspor)

8. Alamat Rumah

Kode Pos

No. Telp. - No. HP -

E-mail

9. Alamat Kantor

Kode Pos

No. Telp. - No. HP -

E-mail

10. Pekerjaan/Jabatan (jelaskan secara rinci)

11. Nama Perusahaan/Instansi/Lembaga

12. Bidang Usaha

Data Pembayar Polis (diisi bila berbeda dengan Tertanggung)

1. Nama Lengkap 2. Tinggi & Berat cm kg

3. Jenis Kelamin L P 4. Status Kawin Belum Kawin Cerai 5. Hub. dgn Tertanggung

6. Tanggal Lahir/Umur

Tanggal	Bulan	Tahun	Umur	Tempat Lahir
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

7. No. Kartu Identitas Diri/NIK (e-KTP/Paspor/SIU) Coret yang tidak sesuai (WNI wajib mengisi dengan NIK atau WNA wajib mengisi No. Paspor)

8. Alamat Rumah

Kode Pos

No. Telp. - No. HP -

E-mail

9. Alamat Kantor

Kode Pos

No. Telp. - No. HP -

E-mail

10. Pekerjaan/Jabatan (jelaskan secara rinci)

11. Nama Perusahaan/Instansi/Lembaga

12. Bidang Usaha

Data Polis

Nomor Polis :

Data Pembayar Polis (diisi bila berbeda dengan Tertanggung)

13. a. Penghasilan Tetap pertahun < Rp25juta ≥ Rp25juta-< 50juta ≥ Rp50juta-< 100juta
 ≥ Rp100juta-< 250juta ≥ Rp250juta-< 500juta ≥ Rp500juta
- b. Sumber Penghasilan Hasil Usaha Hasil Investasi Warisan Gaji Lainnya
14. a. Penghasilan Lainnya Ada Tidak Ada
 Bila ada (pertahun) < Rp25juta ≥ Rp25juta-< 50juta ≥ Rp50juta-< 100juta
 ≥ Rp100juta-< 250juta ≥ Rp250juta-< 500juta ≥ Rp500juta
- b. Sumber Penghasilan Hasil Usaha Hasil Investasi Warisan Orangtua/Suami/Istri/Anak Lainnya _____
15. Sumber Dana untuk Pembayaran Premi ¹
 Gaji Komis/Honor Warisan Hasil Usaha Hasil Investasi Beneficial Owner ²
 Orang Tua/Anak/Suami/Istri/Kakak/Adik/Paman/Bibi/Kakek/Nenek ² Lainnya, _____
16. NPWP Pribadi Tidak Ada, Nomor
17. Rekening yang dimiliki saat ini ³
 Bank Cabang No. Rek
 Bank Cabang No. Rek

¹ Dapat dipilih lebih dari satu

² Wajib mengisi Data Beneficial Owner

³ Nama pemilik rekening harus sesuai dengan nama Pembayar Premi

Riwayat Keluarga

1.	Umur	Masih Hidup		Umur*	Sudah Meninggal Dunia	
		Keadaan Kesehatan adakah penyakit jantung, kencing manis dll.			Sebab-sebab Meninggal Dunia	
Ayah						
Ibu						
Suami/Istri						
Saudara pria			orang			
Saudara wanita			orang			
Anak-anak			orang			

* Umur pada saat meninggal dunia

Data Kesehatan

2. Dengan pemeriksaan medis : (Diisi oleh PT FWD Insurance Indonesia) Ya Tidak Tipe
- 3.
- | | Tinggi Badan | Berat Badan | Penurunan/Penambahan Berat Badan 12 bulan terakhir | Nama dan Alamat Dokter Pribadi (jika tidak ada, juga disebut) |
|-------------------|-------------------------|-------------------------|--|---|
| Tertanggung Utama | <input type="text"/> Cm | <input type="text"/> Kg | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Pemegang Polis | <input type="text"/> Cm | <input type="text"/> Kg | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Keterangan Underwriting yang Harus Dilengkapi oleh Tertanggung Utama/Pemegang Polis

	Tertanggung Utama		Pemegang Polis	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
1. Apakah Anda menggunakan alkohol, tembakau atau obat-obatan tertentu Jika "Ya", sebutkan jenis dan penggunaan rata-rata per hari.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kapan saat terakhir Anda berkonsultasi dengan Dokter dan apa penyebabnya? Mohon berikan nama dan alamat Dokter yang bisa atau terakhir dikunjungi tersebut	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Apakah Anda saat ini masih diasuransikan dengan asuransi jiwa, kesehatan atau hospitalisasi lain?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Pernahkah ada permintaan asuransi jiwa, kesehatan atau hospitalisasi lain Anda yang ditolak, ditunda atau diterima dengan syarat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Pernahkah Anda mengajukan klaim terhadap perusahaan asuransi sehubungan dengan polis jiwa, kesehatan atau hospitalisasi lain?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Data Polis

 Nomor Polis :
Keterangan Underwriting yang Harus Dilengkapi oleh Tertanggung Utama/Pemegang Polis

Jika pertanyaan di atas yang dijawab "Ya", tuliskan perinciannya di bawah ini :

No	Tertanggung	Perusahaan Asuransi	Jenis Asuransi atau Klaim	Alasan Klaim	Jumlah Asuransi/ Klaim

	Tertanggung Utama		Pemegang Polis	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
(Untuk setiap jawaban "Ya" (mulai No. 6 s/d 14, mohon jelaskan pada formulir tambahan)				
6. Apakah Anda (atau Calon Tertanggung lain) pernah/sedang mengalami penyakit- penyakit atau gangguan dibawah ini:				
a. Gangguan Mata? Radang? Gangguan penglihatan (plus, minus, silinder, penyakit lainnya)? Tuliskan ukuran/derajatnya _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Gangguan Telinga? Cairan Telinga atau kurang pendengarannya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Gangguan hidung? Polip? Alergi? dll _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sakit kepala, tidak bisa tidur, Vertigo, pingsan, epilepsi, lumpuh pada bagian badan tertentu, gangguan psikis, depresi atau gangguan sistem syaraf lainnya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Nadi tidak teratur, penyempitan pembuluh darah, kolaps, nyeri dada, gangguan jantung, tekanan darah tinggi, radang pembuluh darah, varises, atau gangguan jantung dan pembuluh darah lain?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Serak kronik, asma, bronkitis kronik, batuk darah, radang paru-paru, cairan pada paru, TBC, atau gangguan pernafasan lainnya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Gangguan perut atau usus, tukak lambung (maag), muntah darah, penyakit hati atau kuning, empedu, pendarahan, fistula anal atau rectal, atau gangguan sistem pencernaan lainnya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Gangguan tulang atau persendian, reumatik, gangguan tulang belakang, perkapuran, nyeri pada tulang belakang bagian pinggang, kelainan bentuk tulang belakang ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Gangguan kulit, eksim, kurap, kudis, lepra, dll?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Pembengkakan kelenjar? Bernanah? (di bagian tubuh tertentu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Gangguan ginjal, saluran kemih, kandung kemih atau prostat, kencing keruh, berdarah, kencing manis, lendir, atau pasir dalam urine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Penyakit kelamin (GO, Siphilis, Radang, dll)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Penyakit menular (demam, gangguan tenggorokan berulang, demam tipus, hepatitis, infeksi HIV seperti AIDS dan penyakit yang berhubungan dengan AIDS, radang selaput otak dll), atau penyakit tropis (malaria, dll)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Penyakit apapun yang tidak disebutkan di atas (misal penyakit-penyakit darah, gout, hernia, gondok, tumor, kanker, kelainan otot berupa mengecilnya otot bagian tertentu, lumpuh, cacat tubuh dan lain-lain)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Apakah Anda pernah mengunjungi dokter/ spesialis (kecuali untuk pemeriksaan rutin), dan/atau dirawat di rumah sakit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Apakah Anda meminum obat-obatan tertentu atau menerima suntikan atau pengobatan radiasi (sinar X atau bahan radio aktif) untuk waktu tertentu? Jika "Ya" kapan dan mengapa? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Apakah Anda pernah mengalami pemeriksaan radiologi (misalnya foto sinar X, saluran pencernaan, organ saluran kemih/ginjal, tengkorak) atau mengalami pemeriksaan elektrokardiogram (EKG) atau elektro- encephalogram (EEG) atau CT Scan? Jika "Ya" kapan dan mengapa? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Data Polis

 Nomor Polis :
Keterangan Underwriting yang Harus Dilengkapi oleh Tertanggung Utama/Pemegang Polis

	Tertanggung Utama	Pemegang Polis
	Ya Tidak	Ya Tidak
10. Apakah ada resiko, bahaya atau situasi khusus yang mungkin dianggap berbahaya sehubungan dengan pekerjaan, kegemaran atau aktivitas waktu luang Anda?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. Pernah atau berencana untuk ikut serta dalam olahraga atau hobi yang berbahaya seperti balap mobil, balap motor, sky diving dan lain-lain? Jika "Ya", supaya dirinci dan lengkapi kuesioner yang diperlukan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. Apakah Anda melakukan/akan melakukan penerbangan sebagai pilot/awak pesawat/penumpang pada <i>non-schedule flight</i> ? Jika "Ya", lengkapi kuesioner aviasi.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Khusus Untuk Tertanggung Wanita

	Tertanggung Utama	Pemegang Polis	Jika "Ya"Jelaskan dengan lengkap diagnosa, lama perawatan, tanggal perawatan serta nama dan alamat Dokter/Rumah Sakit yang merawat
	Ya Tidak	Ya Tidak	
13. a. Apakah Anda sedang hamil ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
b. Apakah pernah bersalin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
c. Pernahkah ada kelainan waktu bersalin?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

	Tertanggung Utama	Pemegang Polis
	Ya Tidak	Ya Tidak
14. Apakah Anda sedang menderita atau pernah menderita gangguan organ tubuh wanita (misalnya buah dada, rahim, indung telur), atau gangguan haid yang abnormal, tanpa mempertimbangkan apakah ada pengobatan yang diterima?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Kebiasaan Merokok Tertanggung/Pemegang Polis

	Tertanggung Utama	Pemegang Polis
	Ya Tidak	Ya Tidak
15. a. Apakah Anda merokok dalam 12 (dua belas) bulan terakhir ini ? Jika "Ya", sebutkan jenis dan jumlah perhari? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b. Apakah Anda pernah disarankan oleh Dokter untuk berhenti merokok? Jika "Ya", mengapa? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c. Apakah Anda pernah mendapatkan pengobatan sehubungan dengan merokok ? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Data Polis

Nomor Polis :

Pernyataan dan Kuasa (harap dibaca dengan teliti sebelum menandatangani Formulir Perubahan Polis ini)

- Pemegang Polis, Tertanggung, Pembayar Premi (selanjutnya disebut: “Pemberi Pernyataan”/“Pemberi Kuasa”) dengan ini menyatakan :
1. Telah membaca, mengerti, menjawab serta mengisi dengan benar dan lengkap semua pertanyaan dan keterangan yang tercantum dalam Formulir Perubahan Polis ini;
 2. Setuju bahwa apabila jawaban Pemberi Pernyataan dalam Formulir Perubahan Polis ini tidak benar maka PT FWD Insurance Indonesia (selanjutnya disebut “Penanggung”) berhak untuk membatalkan Pertanggungans sesuai dengan ketentuan yang berlaku dalam Polis;
 3. Setuju bahwa tidak ada keterangan atau informasi lain mengenai diri Pemberi Pernyataan kecuali informasi dan keterangan tersebut diberikan secara tertulis dan disahkan oleh Penanggung;
 4. Bersedia memberikan informasi kepada Penanggung apabila terdapat perubahan data dan keterangan dalam Formulir Perubahan Polis ini;
 5. Setuju bahwa Perubahan Polis yang diajukan akan diproses apabila PT FWD Insurance Indonesia telah menerima Formulir Perubahan Polis beserta Premi (jika ada) dan kelengkapan dokumen yang diperlukan serta biaya yang telah ditentukan (jika ada);
 6. Memberi kuasa kepada tenaga medis/dokter/rumah sakit/klinik/laboratorium/badan usaha atau perorangan, untuk melakukan pemeriksaan kesehatan, menganalisa, mengevaluasi kondisi kesehatan atas Pemberi Kuasa yang diperlukan sehubungan dengan permohonan perubahan Polis ini dan klaim apapun yang mungkin timbul di kemudian hari untuk mengungkapkan semua keterangan yang berhubungan dengan catatan riwayat kesehatan atau pengobatan Pemberi Kuasa kepada Penanggung atau orang yang mewakilinya;
 7. Memberi persetujuan dan kuasa kepada Penanggung untuk menggunakan dan/atau memberikan data atau informasi mengenai Pemberi Kuasa yang tersedia, yang diperoleh atau disimpan oleh Penanggung melalui lembaga keuangan yang berwenang atau otoritas pajak Indonesia kepada pihak/otoritas terkait yang berwenang baik didalam ataupun diluar negeri dan kepada pihak-pihak lain (termasuk tetapi tidak terbatas pada perusahaan Reasuransi, Asuransi, Lembaga Bank, dan/atau Badan hukum lain baik di dalam Negeri maupun diluar negeri) yang memiliki hubungan kerjasama dengan Penanggung untuk keperluan namun tidak terbatas pada pembayaran klaim, pelayanan Nasabah, maupun penawaran produk lainnya kepada Pemberi Kuasa;
 8. Apabila diperlukan bersedia dihubungi oleh PT FWD Insurance Indonesia melalui media telepon/SMS/e-mail, media lain, termasuk dan tidak terbatas pada jam layanan FWD Customer Care;
 9. Menyetujui segala informasi yang tertera pada Formulir Perubahan Polis berikut akan digunakan sebagai pengkinian data di PT FWD Insurance Indonesia.

Perhatian :

1. Tanda Tangan Formulir Perubahan Polis ini setelah Anda yakin bahwa Anda sudah memberikan jawaban lengkap dan yang sebenarnya.
2. Jangan menandatangani Formulir Perubahan Polis dalam keadaan kosong.
3. Tanda Tangan harus sesuai Kartu Identitas yang dilampirkan dan akan menjadi spesimen Tanda Tangan Anda di kemudian hari.

Ditandatangani diTanggal /...../.....(Tanggal/Bulan/Tahun)

Tanda Tangan
Tertanggung

Tanda Tangan
Pemegang Polis

Tanda Tangan
SSO/IC

(.....)
Nama Jelas

(.....)
Nama Jelas

(.....)
Nama Jelas