

## Formulir Pernyataan Kehilangan Polis

- 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 fotokopi KTP/SIM/Passport 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 :

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

Pernyataan kehilangan Polis

Dokumen yang harus dilampirkan bersama dengan Formulir ini :

Fotokopi kartu identitas diri (KTP/SIM/Passport) Pemegang Polis yang masih berlaku.

### Pernyataan

Saya mengerti dan menyetujui bahwa pengajuan ini :

1. Akan diproses apabila PT FWD Insurance Indonesia telah menerima Formulir Pernyataan Kehilangan Polis dan kelengkapan dokumen yang diperlukan.
2. Dinyatakan berlaku setelah disetujui oleh PT FWD Insurance Indonesia.
3. Dengan diterimanya Formulir Pernyataan Kehilangan Polis ini maka nomor polis dengan tersebut menjadi tidak berlaku lagi. Saya memberikan pembebasan sepenuhnya kepada PT FWD Insurance Indonesia dari segala tuntutan hukum yang mungkin timbul di kemudian hari.
4. Apabila diperlukan, bersedia dihubungi oleh PT FWD Insurance Indonesia melalui media telpon/SMS/email/media lain, termasuk dan tidak terbatas pada jam layanan FWD Customer Care.
5. Semua pernyataan dan jawaban di atas yang saya sampaikan adalah lengkap dan benar sesuai dengan keadaan terakhir.

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

Tanda Tangan Pemegang Polis

Tanda tangan SSO/IC

materai Rp10.000

(.....)

(.....)

Nama Jelas

Nama Jelas

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