

## Formulir Layanan Polis (Direct)

### Data Polis

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

Nomor Polis	:	<input type="text"/>
Nama Pemegang Polis	:	<input type="text"/>
Nama Tertanggung	:	<input type="text"/>
Alamat Korespondensi	:	<input type="text"/>
Kota	:	<input type="text"/> Kode Pos : <input type="text"/>
Telepon	:	<input type="text"/> - <input type="text"/> HP : <input type="text"/>
Pekerjaan	:	<input type="text"/>

Isi dan beri tanda  sesuai dengan transaksi yang diinginkan

**Duplikat Polis**

Dengan ini Saya menyatakan bahwa polis nomor \_\_\_\_\_ telah **Hilang/Rusak/Belum Diterima**, mohon diterbitkan Polis Duplikat sebagai penggantinya.

**Reaktivasi Polis** (Pemulihan Polis) khusus bagi Polis yang tidak ada Nilai Tunai

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, mengajukan permohonan Pemulihan Polis untuk kemudian dilakukan pendebitan kembali premi sejumlah premi tertunggak (jika ada). Dan Saya memberikan kuasa kepada PT FWD Insurance Indonesia untuk melakukan pendebitan premi tersebut setiap bulannya melalui:

No. Kartu Kredit/Rekening Tabungan\* : \_\_\_\_\_  
 (metode pembayaran sesuai pendebitan awal)  
 Nama Bank : \_\_\_\_\_  
 Masa berlaku kartu : \_\_\_\_\_

Saya mengerti bahwa polis akan berlaku kembali setelah premi berhasil didebet melalui kartu kredit/rekening tabungan\* tersebut diatas. Dan PT FWD Insurance Indonesia tidak bertanggung jawab terhadap kegagalan pendebitan premi yang diakibatkan karena status kartu kredit atau rekening tabungan Saya.

**Penutupan Polis** (Polis Asli harus disertakan, kecuali pernyataan "polis hilang atau polis belum diterima" telah dilengkapi)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini mengajukan permohonan penutupan Polis. Saya mengerti bahwa jaminan pertanggungan kematian akan berakhir saat pengajuan ini ditandatangani. Jika saya adalah Pemegang Polis yang memiliki Nilai Tunai, Saya bersedia Nilai Tunai yang saya ambil dikurangi biaya lainnya (bila ada). Saya mengerti bahwa perlindungan Polis ini akan berakhir saat pengajuan ini ditandatangani dan kewajiban Penanggung hanya terbatas pada pembayaran Nilai Tunai (Netto) saja.

**Alasan Penutupan polis:**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Produk tidak sesuai penjelasan      | <input type="checkbox"/> Tidak memiliki cukup dana      | <input type="checkbox"/> Pindah ke luar negeri |
| <input type="checkbox"/> Tutup rekening/kartu kredit         | <input type="checkbox"/> Tidak pernah setuju sejak awal | <input type="checkbox"/> Pensiun/PHK           |
| <input type="checkbox"/> Dana dialihkan untuk keperluan lain | <input type="checkbox"/> Lain-lain, jelaskan _____      |  |

Nilai Tunai agar dibayarkan ke: (diisi untuk polis yang memiliki Nilai Tunai)

Nama\* : \_\_\_\_\_  
 Bank & Cabang : \_\_\_\_\_  
 No. Rekening : \_\_\_\_\_

\*) Nama pemilik rekening harus sama dengan Pemegang Polis

Saya selanjutnya mengerti dan mengetahui bahwa pengajuan perubahan ini:

1. Akan diproses apabila PT FWD Insurance Indonesia telah menerima Formulir Layanan Polis dan dokumen yang diperlukan.
2. Akan berlaku setelah disetujui oleh PT FWD Insurance Indonesia.

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

Tanda Tangan Pemegang Polis

(.....)  
Nama Jelas