Surat Keterangan Dokter - Klaim Individu untuk Manfaat Hidup

(Diisi oleh dokter yang merawat)

FWD insurance

Kepada Yth,
Dokter Yang Merawat/Mengobati
Mohon kesediannya untuk mengisi Surat Keterangan Dokter ini dengan sebenar-benarnya dengan data yang ada dan yang diketahui

Informasi Tertanggung

Nama Pasien : ..... P/W No. Rekam Medis : .....

Tanggal Lahir : ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐ *Age :* ..... *y.o* Tanggal Lahir : .....

Jenis Perawatan ☐ Rawat Inap ☐ Pre-/Post-Rawat Inap ☐ Kecelakaan ≥ / ≤ 48 jam sebelum masuk RS

☐ Cacat Tetap ☐ Tindakan Bedah Pulang Hari ☐ Penyakit Kritis Lainnya: .....

Informasi Perawatan

Tanggal Perawatan ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐ s/d ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

Anamnesa .....

Diagnosa .....

Penyebab Perawatan ☐ Kecelakaan ☐ Penyakit, mohon penjelasannya : .....

Jika dilakukan Rawat inap mohon jelaskan Indikasi Rawat Inap : .....

Apakah perawatan ini atas permintaan pasien ? ☐ Ya ☐ Tidak

Apakah perawatan ini dapat dilakukan dengan Rawat Jalan ? ☐ Ya ☐ Tidak

Tanggal pertama kali diagnosa ditegakkan ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

Sejak kapan Pasien mengalami gejala penyakit sebelum konsultasi pertama ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐ atau sejak .....

Dokter Yang Memeriksa : ..... Rumah Sakit .....

Hasil Pemeriksaan Penunjang .....
(Laboratory, Radiology, MRI, CT scan, Angiography Anatomy, phatology Anatomy, USG, dll..) .....

Jenis Operasi (jika dilakukan pembedahan): ☐ Tidak ☐ Ya, Sebutkan tindakan operasi : .....

Tujuan dilakukan pembedahan : ☐ Kuratif ☐ Diagnostik

Apakah diagnosa tersebut diatas berhubungan dengan ☐ Kelainan Cacat Bawaan ☐ Kehamilan, Persalinan, keguguran Kejiwaan Kosmetik ☐ Pemeriksaan Rutin ☐ Penyakit Menular Seksual ☐ HIV ☐ Alkohol/Narkotika

Jika berhubungan dengan kecelakaan/cacat

Apakah ada terdapat dari anggota tubuh dari Pasien yang mengalami cacat ?

☐ Tidak ☐ Ya, mohon sebutkan anggota tubuh yang mengalami cacat : .....

Bagaimana sifat Cacat tersebut

☐ Tetap ☐ Sementara

Apakah Pasien dapat melakukan pekerjaannya setelah mengalami cacat ini ?

☐ Tidak ☐ Ya, kemungkinan Tertanggung dapat memulai pekerjaan kembali pada/setelah berapa lama : .....

Riwayat penyakit terdahulu

Apakah Pasien ini menderita/memiliki riwayat penyakit yang berhubungan dengan Hipertensi, DM, Jantung, Paru-paru, Kejiwaan, Bawaan, Narkotika, HIV, dan lainnya? ☐ Tidak ☐ Ya, mohon jelaskan: .....

Diagnosa : ..... Diderita Sejak ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

Dokter yang Merawat : ..... Rumah sakit .....

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah membaca dan menjawab pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan benar

Nama Dokter : ..... Spesialisasi : .....

Alamat Dokter/Rumah sakit : .....

No. Telp/HP Dokter : .....

Tanggal ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

.....
(Tanda Tangan Dokter & Cap Rumah Sakit)

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

OJK OTORITAS JASA KEUANGAN PT FWD Insurance Indonesia terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK)

Surat Keterangan Dokter - Klaim Individu untuk Manfaat Meninggal

(Diisi oleh dokter yang merawat)

FWD insurance

Kepada Yth,
Dokter yang Merawat/Mengobati
Mohon kesediaannya untuk mengisi Surat Keterangan Dokter ini dengan sebenar-benarnya dengan data yang ada dan diketahui.

Informasi Tertanggung

Nama Pasien : ..... P/W No. Rekam Medis/Pasien : .....

Tanggal Lahir : ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐ , Umur:.....y.o Alamat Pasien : .....

Informasi Penyebab Meninggal

Tanggal dan Waktu Meninggal ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐ Pukul : .....

Tempat Meninggal .....

Jika meninggal dirumah, mohon jelaskan kronologisnya :

.....

.....

Penyebab Meninggal ☐ Kecelakaan ☐ Penyakit ☐ Lainnya, mohon jelaskan .....

Diagnosa .....

Jika karena penyakit

Sejak kapan pasien mengalami gejala penyakit sebelum konsultasi pertama ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐ , atau sejak : .....

Dokter yang pernah merawat ..... Rumah sakit: .....

Hasil Pemeriksaan Penunjang (Laboratory,Radiology,MRI, CT scan, Angiography, Pathology Anatomy, USG, .etc) .....

.....

Jenis Operasi (jika ada pembedahan) ☐ Tidak ☐ Ya, Sebutkan tindakan operasi: .....

Jika berhubungan dengan kecelakaan

Kronologis kecelakaan : .....

.....

.....

Apakah penyebab kecelakaan berhubungan dengan atau disebabkan oleh :

Alkohol ☐ Tidak ☐ Ya, mohon jelaskan : .....

Narkotika/Penyalahgunaan Obat-obatan Lainnya: ☐ Tidak ☐ Ya, mohon jelaskan : .....

Riwayat penyakit terdahulu

Apakah Pasien ini menderita/memiliki riwayat penyakit yang berhubungan dengan Hipertensi, DM, Jantung, Paru-paru, Kejiwaan, Bawaan, Narkotika, HIV dan Lainnya ☐ Tidak ☐ Ya, Mohon Jelaskan : .....

Diagnosa : ..... Diderita sejak ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

Dokter yang merawat : ..... Rumah Sakit : .....

Apakah penyebab kematian Pasien berhubungan dengan penyakit diatas ? ☐ Tidak ☐ Ya, mohon jelaskan .....

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah membaca dan menjawab pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan benar.

Nama Dokter : ..... Spesialisasi: .....

Alamat Dokter : .....

No. Telepon/HP : .....

Tanggal ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

.....
(Tanda Tangan Dokter & Cap Rumah Sakit)

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

Formulir Klaim Manfaat Hidup

- Isi dengan tinta hitam, huruf kapital, jelas dan beri tanda (V) pada lingkaran yang disediakan
- Mohon dibaca sebelum Anda menandatangani dan menyerahkan Formulir ini
- Setiap kesalahan penulisan wajib dikoreksi dengan pencoretan dan pembubuhan tandatangan Pemegang Polis disebelahnya

Data Pemegang Polis

Nomor Polis :
Nama (sesuai Identitas Diri) :
Jenis Identitas : ◯ KTP ◯ SIM ◯ Paspor
Nomor Identitas Diri :
Nomor *Handphone* :
Email :

Data Tertanggung/Pasien

Nama (sesuai Identitas Diri) :
Tanggal Lahir (tgl-bln-thn) : / /
Jenis Identitas : ◯ KTP ◯ SIM ◯ Paspor ◯ Akte Kelahiran
Nomor Identitas Diri :
Alamat Tempat Tinggal Saat Ini :
Kota :
Propinsi :
Kode Pos :
Negara :
Nomor *Handphone* :

Mohon informasinya apakah Anda mempunyai Polis Asuransi lainnya selain dari PT FWD Insurance Indonesia?

Jenis Manfaat Klaim yang Diajukan

◯ Hospital Cash Plan
◯ Hospital Surgical
◯ Critical Illness
◯ Cacat sebagian atau cacat tetap
◯ Waiver of Premium
◯ Monthly Income benefit
◯ Medical Check Up
◯ Payor / Family Term / Beneficiary
◯ Cancer Care

Kecelakaan
Tanggal Kecelakaan (tgl-bln-thn) : / /
Tempat Kecelakaan :
Kronologis :

Data Klaim

Tanggal Masuk Rawat Inap : / /
Tanggal Keluar Rawat Inap : / /
Apakah ada tindakan pembedahan : ◯ Ya ◯ Tidak
Nama Rumah Sakit :
Mata Uang : ◯ IDR ◯ Lainnya Total Tagihan:
Nama Dokter yang Merawat :

Data Pembayaran Klaim

Nomor Rekening :
Nama Pemilik Rekening :
Nama Bank :

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

Ketentuan FATCA dan CRS

Apakah Anda 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)?

◯ **Ya** atas pertanyaan di atas (wajib mengisi Formulir Deklarasi FATCA dan/atau CRS)

◯ **Tidak** atas pertanyaan di atas

Pernyataan dan kuasa

Saya dengan ini menyatakan, memahami dan menyetujui bahwa:

1. Telah mengisi Formulir Klaim ini dengan lengkap dan benar. Apabila dalam klaim ini ditemukan unsur penipuan secara keseluruhan atau sebagian, Saya/Kami akan bertanggung jawab secara hukum.
2. Seluruh informasi yang telah Saya/Kami sampaikan sebelumnya kepada PT FWD Insurance Indonesia ("FWD Insurance") tidak mengalami perubahan dan apabila terdapat perubahan informasi data dan/atau ketidaksesuaian data, maka Saya bersedia untuk melakukan pembaruan data.
3. Dengan ini Saya/Kami memberi kuasa kepada dokter, tenaga medis atau lembaga kesehatan terkait lainnya untuk memberikan rincian kesehatan atau catatan medis atas diri Saya atau Tertanggung yang diminta oleh FWD Insurance atau wakilnya yang ditunjuk. Saya memahami bahwa FWD Insurance atau wakilnya yang ditunjuk berhak untuk meminta informasi lebih lanjut atau dokumen tambahan yang diperlukan untuk memproses klaim ini.
4. FWD Insurance dan/atau afiliasinya diwajibkan untuk patuh terhadap kewajiban-kewajiban dari undang-undang, pedoman, perintah, dan syarat-syarat yang ditetapkan berdasarkan hukum lokal yang berlaku di Indonesia ataupun hukum asing termasuk *Foreign Account Tax Compliance Act of United States of America* (FATCA), *Common Reporting Standards* (CRS), atau perjanjian-perjanjian atas publik, peradilan, perpajakan, pemerintahan dan/atau pihak berwenang lainnya, termasuk Direktorat Jenderal Pajak dan *Internal Revenue Service* (IRS) Amerika Serikat ("Otoritas") yang berlaku di berbagai yurisdiksi termasuk di Indonesia sebagaimana diundangkan beserta perubahannya dari waktu ke waktu ("Kewajiban Hukum").
5. Saya/Kami bersedia untuk memberikan bantuan berupa pemberian informasi atau data yang mungkin diperlukan FWD Insurance untuk memenuhi kewajibannya sebagaimana diatur dalam Kewajiban Hukum terkait dengan diri Saya/Kami atau Polis Saya/Kami. Apabila penyediaan informasi atau data tersebut telah melebihi 30 (tiga puluh) hari sejak transaksi diajukan, Saya/Kami bersedia menanggung seluruh risiko yang mungkin timbul termasuk risiko keuangan berupa penolakan dan/atau pembekuan transaksii.
6. Saya/Kami bersedia untuk mengisi Formulir Penolakan Pengungkapan Informasi Pribadi/*Non-Disclosure Compliance Form* apabila Saya/Kami berkeberatan untuk mentaati Kewajiban Hukum.
7. FWD Insurance berhak untuk menolak pengajuan klaim ini dalam hal Saya/Kami tidak memenuhi ketentuan sehubungan dengan Anti Pencucian Uang dan Pencegahan Pendanaan Terorisme yang berlaku.
8. Apabila pengajuan klaim pada Formulir Klaim ini diajukan oleh Saya sebagai Pemegang Polis yang bukan sebagai Tertanggung dengan ini, Saya menyatakan bahwa Saya telah mendapatkan kewenangan atau persetujuan yang diperlukan dari seluruh pihak terkait dan saya bertanggungjawab penuh atas hal tersebut dan membebaskan FWD Insurance dari segala tanggungjawab hukum.

Ditandatangani di ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ , ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Tanda Tangan Pemegang Polis
(sesuai dengan kartu identitas yang berlaku)

Nama Jelas Pemegang Polis

Formulir Klaim Meninggal

- Isi dengan tinta hitam, huruf kapital, jelas dan beri tanda (V) pada lingkaran yang disediakan
- Mohon dibaca sebelum Anda menandatangani dan menyerahkan Formulir ini
- Setiap kesalahan penulisan wajib dikoreksi dengan pencoretan dan pembubuhan tandatangan Pemegang Polis disebelahnya

Data Pemegang Polis

Nomor Polis :
Nama (sesuai Identitas Diri) :
Jenis Identitas : ◯ KTP ◯ SIM ◯ Paspor
Nomor Identitas Diri :
Nomor *Handphone* :
Email :

Data Tertanggung

Nama (sesuai Identitas Diri) :
Tanggal Lahir (tgl-bln-thn) : / /
Jenis Identitas : ◯ KTP ◯ SIM ◯ Paspor ◯ Akte Kelahiran
Nomor Identitas Diri :

Data Penerima Manfaat

*Apabila penerima manfaat lebih dari satu, mohon mengisi Formulir Data Penerima Manfaat

Nama (sesuai Identitas Diri) :
Tempat / Tanggal Lahir (tgl-bln-thn) : / - -
Kewarganegaraan : ◯ WNI ◯ WNA, sebutkan negara
Jenis Identitas : ◯ KTP ◯ SIM ◯ Paspor ◯ Akte Kelahiran
Nomor Identitas Diri :
Jenis Kelamin : ◯ Pria ◯ Wanita
Alamat Tempat Tinggal Saat Ini :
Kota :
Propinsi :
Kode Pos :
Negara :
Nomor *Handphone* :
Email :
Nomor Rekening :
Nama Pemilik Rekening :
Nama Bank :

Mohon informasinya apakah Anda mempunyai Polis Asuransi lainnya selain dari PT FWD Insurance Indonesia?

Jenis Manfaat Klaim yang diajukan

◯ Meninggal karena Sakit

◯ Meninggal karena Kecelakaan

Tanggal Kecelakaan (tgl-bln-thn) : / /
Tempat Kecelakaan :
Kronologis Kejadian :

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

Data Klaim

Tanggal Meninggal : ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Tempat Meninggal : ◯ Rumah Sakit/Klinik ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

: ◯ Rumah

: ◯ Lainnya ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nama Dokter yang menyatakan Meninggal Dunia : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Ketentuan FATCA dan CRS

Apakah Anda 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)?

◯ **Ya** atas pertanyaan di atas (wajib mengisi Formulir Deklarasi FATCA dan/atau CRS)

◯ **Tidak** atas pertanyaan di atas

Pernyataan dan kuasa

Saya dengan ini menyatakan, memahami dan menyetujui bahwa:

1. Telah mengisi Formulir Klaim ini dengan lengkap dan benar. Apabila dalam klaim ini ditemukan unsur penipuan secara keseluruhan atau sebagian, Saya/Kami akan bertanggung jawab secara hukum.
2. Seluruh informasi yang telah Saya/Kami sampaikan sebelumnya kepada PT FWD Insurance Indonesia ("FWD Insurance") tidak mengalami perubahan dan apabila terdapat perubahan informasi data dan/atau ketidaksesuaian data, maka Saya bersedia untuk melakukan pembaruan data.
3. Dengan ini Saya/Kami memberi kuasa kepada dokter, tenaga medis atau lembaga kesehatan terkait lainnya untuk memberikan rincian kesehatan atau catatan medis atas diri Saya atau Tertanggung yang diminta oleh FWD Insurance atau wakilnya yang ditunjuk. Saya memahami bahwa FWD Insurance atau wakilnya yang ditunjuk berhak untuk meminta informasi lebih lanjut atau dokumen tambahan yang diperlukan untuk memproses klaim ini.
4. FWD Insurance dan/atau afiliasinya diwajibkan untuk patuh terhadap kewajiban-kewajiban dari undang-undang, pedoman, perintah, dan syarat-syarat yang ditetapkan berdasarkan hukum lokal yang berlaku di Indonesia ataupun hukum asing termasuk *Foreign Account Tax Compliance Act of United States of America* (FATCA), *Common Reporting Standards* (CRS), atau perjanjian-perjanjian atas publik, peradilan, perpajakan, pemerintahan dan/atau pihak berwenang lainnya, termasuk Direktorat Jenderal Pajak dan *Internal Revenue Service* (IRS) Amerika Serikat ("Otoritas") yang berlaku di berbagai yurisdiksi termasuk di Indonesia sebagaimana diundangkan beserta perubahannya dari waktu ke waktu ("Kewajiban Hukum").
5. Saya/Kami bersedia untuk memberikan bantuan berupa pemberian informasi atau data yang mungkin diperlukan FWD Insurance untuk memenuhi kewajibannya sebagaimana diatur dalam Kewajiban Hukum terkait dengan diri Saya/Kami atau Polis Saya/Kami. Apabila penyediaan informasi atau data tersebut telah melebihi 30 (tiga puluh) hari sejak transaksi diajukan, Saya/Kami bersedia menanggung seluruh risiko yang mungkin timbul termasuk risiko keuangan berupa penolakan dan/atau pembekuan transaksii.
6. Saya/Kami bersedia untuk mengisi Formulir Penolakan Pengungkapan Informasi Pribadi/*Non-Disclosure Compliance Form* apabila Saya/Kami berkeberatan untuk mentaati Kewajiban Hukum.
7. FWD Insurance berhak untuk menolak pengajuan klaim ini dalam hal Saya/Kami tidak memenuhi ketentuan sehubungan dengan Anti Pencucian Uang dan Pencegahan Pendanaan Terorisme yang berlaku.
8. Apabila pengajuan klaim pada Formulir Klaim ini diajukan oleh Saya sebagai Pemegang Polis yang bukan sebagai Tertanggung dengan ini, Saya menyatakan bahwa Saya telah mendapatkan kewenangan atau persetujuan yang diperlukan dari seluruh pihak terkait dan saya bertanggungjawab penuh atas hal tersebut dan membebaskan FWD Insurance dari segala tanggungjawab hukum.

Ditandatangani di ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ , ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Tanda Tangan Pemegang Polis/Penerima Manfaat
(sesuai dengan kartu identitas yang berlaku)

Nama Jelas Pemegang Polis/Penerima Manfaat

Data Penerima Manfaat

Data Penerima Manfaat

Nama (sesuai Identitas Diri) :
Tempat Lahir :
Tanggal Lahir (tgl-bln-thn) : / /
Kewarganegaraan : ◯ WNI ◯ WNA , sebutkan negara
Jenis Identitas : ◯ KTP ◯ SIM ◯ Paspor ◯ Akte Kelahiran
Nomor Identitas Diri :
Jenis Kelamin : ◯ Pria ◯ Wanita
Alamat Tempat Tinggal Saat Ini :
Kota :
Propinsi :
Kode Pos :
Negara :
Pekerjaan :
Alamat Kantor :

Nomor Telepon Kantor :
Email :
Nomor Rekening :
Nama Pemilik Rekening :
Nama Bank :

Data Penerima Manfaat

Nama (sesuai Identitas Diri) :
Tempat Lahir :
Tanggal Lahir (tgl-bln-thn) : / /
Kewarganegaraan : ◯ WNI ◯ WNA , sebutkan negara
Jenis Identitas : ◯ KTP ◯ SIM ◯ Paspor ◯ Akte Kelahiran
Nomor Identitas Diri :
Jenis Kelamin : ◯ Pria ◯ Wanita
Alamat Tempat Tinggal Saat Ini :
Kota :
Propinsi :
Kode Pos :
Negara :
Pekerjaan :
Alamat Kantor :

Nomor Telepon Kantor :
Email :
Nomor Rekening :
Nama Pemilik Rekening :
Nama Bank :

Data Penerima Manfaat

Nama (sesuai Identitas Diri) :
Tempat Lahir :
Tanggal Lahir (tgl-bln-thn) : / /
Kewarganegaraan : ◯ WNI ◯ WNA , sebutkan negara
Jenis Identitas : ◯ KTP ◯ SIM ◯ Paspor ◯ Akte Kelahiran
Nomor Identitas Diri :
Jenis Kelamin : ◯ Pria ◯ Wanita

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

FWD insurance

Alamat Tempat Tinggal Saat Ini :
Kota :
Propinsi :
Kode Pos :
Negara :
Pekerjaan :
Alamat Kantor :

Nomor Telepon Kantor :
Email :
Nomor Rekening :
Nama Pemilik Rekening :
Nama Bank :

Data Penerima Manfaat

Nama (sesuai Identitas Diri) :
Tempat Lahir :
Tanggal Lahir (tgl-bln-thn) : / /
Kewarganegaraan : ◯ WNI ◯ WNA , sebutkan negara
Jenis Identitas : ◯ KTP ◯ SIM ◯ Paspor ◯ Akte Kelahiran
Nomor Identitas Diri :
Jenis Kelamin : ◯ Pria ◯ Wanita
Alamat Tempat Tinggal Saat Ini :
Kota :
Propinsi :
Kode Pos :
Negara :
Pekerjaan :
Alamat Kantor :

Nomor Telepon Kantor :
Email :
Nomor Rekening :
Nama Pemilik Rekening :
Nama Bank :

Data Penerima Manfaat

Nama (sesuai Identitas Diri) :
Tempat Lahir :
Tanggal Lahir (tgl-bln-thn) : / /
Kewarganegaraan : ◯ WNI ◯ WNA , sebutkan negara
Jenis Identitas : ◯ KTP ◯ SIM ◯ Paspor ◯ Akte Kelahiran
Nomor Identitas Diri :
Jenis Kelamin : ◯ Pria ◯ Wanita
Alamat Tempat Tinggal Saat Ini :
Kota :
Propinsi :
Kode Pos :
Negara :
Pekerjaan :
Alamat Kantor :

Nomor Telepon Kantor :
Email :
Nomor Rekening :
Nama Pemilik Rekening :
Nama Bank :

Pernyataan dan kuasa

Saya dengan ini menyatakan, memahami dan menyetujui bahwa:

1. Telah mengisi Formulir Klaim ini dengan lengkap dan benar. Apabila dalam klaim ini ditemukan unsur penipuan secara keseluruhan atau sebagian, Saya/Kami akan bertanggung jawab secara hukum.
2. Seluruh informasi yang telah Saya/Kami sampaikan sebelumnya kepada FWD Insurance tidak mengalami perubahan dan apabila terdapat perubahan informasi data dan/atau ketidaksesuaian data, maka Saya bersedia untuk melakukan pembaruan data.
3. Dengan ini Saya/Kami memberi kuasa kepada dokter, tenaga medis atau lembaga kesehatan terkait lainnya untuk memberikan rincian kesehatan atau catatan medis atas diri Saya atau Tertanggung yang diminta oleh PT FWD Insurance Indonesia ("FWD Insurance") atau wakilnya yang ditunjuk. Saya memahami bahwa FWD Insurance atau wakilnya yang ditunjuk berhak untuk meminta informasi lebih lanjut atau dokumen tambahan yang diperlukan untuk memproses klaim ini.
4. FWD Insurance dan/atau afiliasinya diwajibkan untuk patuh terhadap kewajiban-kewajiban dari undang-undang, pedoman, perintah, dan syarat-syarat yang ditetapkan berdasarkan hukum lokal yang berlaku di Indonesia ataupun hukum asing termasuk *Foreign Account Tax Compliance Act of United States of America* (FATCA), *Common Reporting Standards* (CRS), atau perjanjian-perjanjian atas publik, peradilan, perpajakan, pemerintahan dan/atau pihak berwenang lainnya, termasuk Direktorat Jenderal Pajak dan *Internal Revenue Service* (IRS) Amerika Serikat ("Otoritas") yang berlaku di berbagai yurisdiksi termasuk di Indonesia sebagaimana diundangkan beserta perubahannya dari waktu ke waktu ("Kewajiban Hukum").
5. Saya/Kami bersedia untuk memberikan bantuan berupa pemberian informasi atau data yang mungkin diperlukan FWD Insurance untuk memenuhi kewajibannya sebagaimana diatur dalam Kewajiban Hukum terkait dengan diri Saya/Kami atau Polis Saya/Kami. Apabila penyediaan informasi atau data tersebut telah melebihi 30 (tiga puluh) hari sejak transaksi diajukan, Saya/Kami bersedia menanggung seluruh risiko yang mungkin timbul termasuk risiko keuangan berupa penolakan dan/atau pembekuan transaksi.
6. Saya/Kami bersedia untuk mengisi Formulir Penolakan Pengungkapan Informasi Pribadi/*Non-Disclosure Compliance Form* apabila Saya/Kami berkeberatan untuk mentaati Kewajiban Hukum.
7. FWD Insurance berhak untuk menolak pengajuan klaim ini dalam hal Saya/Kami tidak memenuhi ketentuan sehubungan dengan Anti Pencucian Uang dan Pencegahan Pendanaan Terorisme yang berlaku.
8. Apabila pengajuan klaim pada Formulir Klaim ini diajukan oleh Saya sebagai Pemegang Polis yang bukan sebagai Tertanggung dengan ini, Saya menyatakan bahwa Saya telah mendapatkan kewenangan atau persetujuan yang diperlukan dari seluruh pihak terkait dan saya bertanggungjawab penuh atas hal tersebut dan membebaskan FWD Insurance dari segala tanggungjawab hukum.

Ditandatangani di ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ , ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Tanda Tangan Pemegang polis/Penerima manfaat
(sesuai dengan kartu identitas yang berlaku)

Nama Jelas Pemegang polis/Penerima manfaat (1)

Nama Jelas Pemegang polis/Penerima manfaat (2)

Nama Jelas Pemegang polis/Penerima manfaat (3)

Nama Jelas Pemegang polis/Penerima manfaat (4)

Nama Jelas Pemegang polis/Penerima manfaat (5)