

Surat Keterangan Dokter Penyakit Kanker dan Tumor Jinak Otak

Rahasia

Kepada Yth. Dokter yang merawat,

Sehubungan dengan pengajuan Klaim Penyakit Kritis oleh Tertanggung dari PT FWD Insurance Indonesia di bawah ini, mohon untuk dapat menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut ini. Jika tidak mencukupi, jawaban dapat ditulis di balik Formulir atau dilampirkan di sehelai kertas tambahan.

	ama Pasien o. Rekam Medis	:			-	:: : L/P
1.						kapan diagnosa tersebut ditegakkan. : (tgl/bln/thn)
2.						ejala penyakit tersebut mulai timbul.
3.	pemeriksaannya					nikroskopik) dan mohon lampirkan hasil
4.		kanker yang diderita pasien h menyebar ke				in?
5.	Apakah penyakit □ Ya	kanker yang diderita pasien	merupakan kanker		? ïdak	
Kh	nusus untuk pen	yakit Tumor Jinak Otak				
6.		ng diderita pasien telah mer otak dalam bentuk	•		? ïdak	
7.		engalami gejala peningkata adi dalam bentuk		-		
8.	yang telah ditega	ıkkan.				terkait dengan diagnosa tumor jinak otak
9.	Apakah kondisi p	enyakit yang diderita pasies	merupakan: (pilih kon	ndisi yan	g sesuai)	
	☐ Kista☐ Granuloma☐ Perkapuran☐ Kelainan bent☐ Hematoma	tuk dari arteri atau vena dari	otak (AVM)		-	

PT FWD Insurance Indonesia

Pacific Century Place, Lantai 20 SCBD Lot 10, Jl. Jend. Sudirman Kav. 52-53 Jakarta Selatan 12190, Indonesia P 1500 525 M (+62) 8551500525 E CustomerCare.id@fwd.com



10. Apakah kondisi penyakit yang diderita pasien berhubungan kondisi berikut? (pilih kondisi yang sesuai)					ai)			
a. b. c. d.	HIV/AIDS Penyalahgunaan m Penyalahgunaan o Penyakit, cacat, at	bat terlarang	nol dan keracunan nikotin aan sejak lahir		Ya Ya Ya Ya		Tidak Tidak Tidak Tidak	
	hon diinformasikan r ıkan untuk perawata		Dokter/Spesialis/Rumah Sak nya	it yang p	ernah dik	unjung	ji pasien sebelumnya atau	
	Nama Dokter/Rumah Sakit				Alamat			
	•	semua keterang					sejauh pengetahuan yang	
Nan Alar No	a miliki dan yakini pa na Dokter nat Dokter Felepon npat & Tanggal,	:		•••••		•••••		
Tan	ıdatangan dan Stemp	oel Dokter						



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 Nomor Identitas Diri Nomor <i>Handphone</i> <i>Email</i>	:
Data Tertanggung/Pasien	
Jenis Manfaat Klaim yang Di Hospital Cash Plan Cri	tical Illness
Data Klaim	
Tanggal Masuk Rawat Inap Tanggal Keluar Rawat Inap Apakah ada tindakan pembedahan Nama Rumah Sakit Mata Uang 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			
reniyatadii udii kudsa			
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/ <i>Non-Disclosure Compliance Form</i> 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