

FORMULIR KLAIM HOSPITAL SURGICAL DAN HOSPITAL CASH

1. DATA NASABAH

No. Polis :

Nama Pemegang Polis :

No. KTP/Identitas :

Alamat Pemegang Polis :

No. Telepon :

Nama Tertanggung (Pasien) :

No. KTP/Identitas :

Tanggal lahir :

Jenis kelamin : Laki-laki Perempuan

Manfaat klaim yang diajukan : Hospital Surgical Hospital Cash

Penyebab dirawat :

Penyakit

Kecelakaan

Jika akibat kecelakaan, sebutkan tanggal dan kronologi

.....

Bila terdapat pertanggung dari Penanggung/Asuransi lain, mohon sebutkan:

.....

.....

Untuk klaim penggantian (*reimbursement*), pembayaran akan ditransfer ke rekening Pemegang Polis, sesuai data yang ada di sistem Perusahaan PT FWD Life Indonesia.

2. PERNYATAAN DAN KUASA

Saya secara sadar dan tanpa paksaan menyatakan bahwa, telah mengisi Formulir Klaim ini dengan lengkap dan benar. Saya memahami bahwa jika dalam Formulir Klaim ini ditemukan unsur penipuan secara keseluruhan atau sebagian, saya akan bertanggung jawab secara hukum. Dengan ini Saya memberi kuasa kepada dokter, tenaga medis atau lembaga kesehatan terkait lainnya untuk memberikan rincian kesehatan atau catatan medis yang diminta oleh PT FWD Life Indonesia atau wakilnya yang ditunjuk. Saya memahami bahwa PT FWD Life Indonesia atau wakilnya yang ditunjuk berhak untuk meminta informasi lebih lanjut atau dokumen yang diperlukan untuk memproses klaim ini.

Tertanggung (Pasien),

.....

Tempat, tanggal, Tanda tangan dan nama jelas

Pemegang Polis :

.....

Tempat, tanggal, tanda tangan dan nama lengkap Pemegang Polis

FWD Life

Pacific Century Place, Lantai 20 SCBD Lot 10
 Jl. Jendral Sudirman Kav. 52-53 Jakarta Selatan 12190 Indonesia
 FWD Customer Care (+62) 1500 391 | Fax (+62)21 5080 4099
 Email : cs.id@fwd.com

Persyaratan Dokumen Pengajuan Klaim :

- a. Formulir Klaim PT FWD Life Indonesia yang telah diisi dengan benar dan lengkap disertai tanda tangan Pemegang Polis dan Tertanggung.
- b. Surat Keterangan Dokter Pemeriksa.
- c. Tanda bukti diri yang sah dari Pemegang Polis dan Tertanggung.
- d. Surat Kuasa asli dari Pemegang Polis (apabila dikuasakan).
- e. Kuitansi asli dan perincian tagihan dari Rumah Sakit.
- f. Surat rekomendasi dari Dokter untuk Manfaat Pemeriksaan Diagnostik dan Laboratorium sebelum/setelah Rawat Inap, Implan dan/atau Protesa, Fisioterapi, Cuci Darah dan Perawatan Kanker.
- g. Salinan hasil pemeriksaan penunjang diagnostik dan salinan resep yang berkaitan dengan perawatan.
- h. Dokumen lain yang Kami nyatakan perlu yang berkaitan dengan permintaan Manfaat Asuransi.