

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 Critical Illness Waiver of Premium Medical Check Up
 Hospital Surgical Cacat sebagian atau cacat tetap Monthly Income benefit 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 :

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 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
(sesuai dengan kartu identitas yang berlaku)

Nama Jelas Pemegang Polis