

Data Penerima Manfaat

Data Penerima Manfaat

Nama (sesuai Identitas Diri)	:	<input type="text"/>
Tempat Lahir	:	<input type="text"/>
Tanggal Lahir (tgl-bln-thn)	:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Kewarganegaraan	:	<input type="radio"/> WNI <input type="radio"/> WNA , sebutkan negara <input type="text"/>
Jenis Identitas	:	<input type="radio"/> KTP <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> Paspor <input type="radio"/> Akte Kelahiran
Nomor Identitas Diri	:	<input type="text"/>
Jenis Kelamin	:	<input type="radio"/> Pria <input type="radio"/> Wanita
Alamat Tempat Tinggal Saat Ini	:	<input type="text"/>
Kota	:	<input type="text"/>
Propinsi	:	<input type="text"/>
Kode Pos	:	<input type="text"/>
Negara	:	<input type="text"/>
Pekerjaan	:	<input type="text"/>
Alamat Kantor	:	<input type="text"/>
Nomor Telepon Kantor	:	<input type="text"/>
<i>Email</i>	:	<input type="text"/>
Nomor Rekening	:	<input type="text"/>
Nama Pemilik Rekening	:	<input type="text"/>
Nama Bank	:	<input type="text"/>

Data Penerima Manfaat

Nama (sesuai Identitas Diri)	:	<input type="text"/>
Tempat Lahir	:	<input type="text"/>
Tanggal Lahir (tgl-bln-thn)	:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Kewarganegaraan	:	<input type="radio"/> WNI <input type="radio"/> WNA , sebutkan negara <input type="text"/>
Jenis Identitas	:	<input type="radio"/> KTP <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> Paspor <input type="radio"/> Akte Kelahiran
Nomor Identitas Diri	:	<input type="text"/>
Jenis Kelamin	:	<input type="radio"/> Pria <input type="radio"/> Wanita
Alamat Tempat Tinggal Saat Ini	:	<input type="text"/>
Kota	:	<input type="text"/>
Propinsi	:	<input type="text"/>
Kode Pos	:	<input type="text"/>
Negara	:	<input type="text"/>
Pekerjaan	:	<input type="text"/>
Alamat Kantor	:	<input type="text"/>
Nomor Telepon Kantor	:	<input type="text"/>
<i>Email</i>	:	<input type="text"/>
Nomor Rekening	:	<input type="text"/>
Nama Pemilik Rekening	:	<input type="text"/>
Nama Bank	:	<input type="text"/>

Data Penerima Manfaat

Nama (sesuai Identitas Diri)	:	<input type="text"/>
Tempat Lahir	:	<input type="text"/>
Tanggal Lahir (tgl-bln-thn)	:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Kewarganegaraan	:	<input type="radio"/> WNI <input type="radio"/> WNA , sebutkan negara <input type="text"/>
Jenis Identitas	:	<input type="radio"/> KTP <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> Paspor <input type="radio"/> Akte Kelahiran
Nomor Identitas Diri	:	<input type="text"/>
Jenis Kelamin	:	<input type="radio"/> Pria <input type="radio"/> 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	:	<input type="radio"/> WNI <input type="radio"/> WNA , sebutkan negara
Jenis Identitas	:	<input type="radio"/> KTP <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> Paspor <input type="radio"/> Akte Kelahiran
Nomor Identitas Diri	:	
Jenis Kelamin	:	<input type="radio"/> Pria <input type="radio"/> 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	:	<input type="radio"/> WNI <input type="radio"/> WNA , sebutkan negara
Jenis Identitas	:	<input type="radio"/> KTP <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> Paspor <input type="radio"/> Akte Kelahiran
Nomor Identitas Diri	:	
Jenis Kelamin	:	<input type="radio"/> Pria <input type="radio"/> 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)