

FORMULIR KLAIM MENINGGAL

1. DATA NASABAH

No. Polis :

Nama Pemegang Polis :

No. KTP/Identitas :

2. DATA TERTANGGUNG (PIHAK YANG MENINGGAL DUNIA)

Nama Tertanggung :

No. KTP/Identitas :

Tanggal dan waktu kematian : / / (tanggal/bulan/tahun) Waktu : (..... :) jam/menit

Tempat kematian : Rumah Sakit/Klinik Rumah Lainnya

Penyebab kematian : Sakit Kecelakaan Lainnya

3. PERNYATAAN DAN KUASA

Saya secara sadar dan tanpa paksaan menyatakan bahwa, telah membaca dan mengisi Formulir Klaim ini dengan lengkap dan benar. Saya memahami bahwa jika dalam 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 atas diri Saya atau Tertanggung 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.

Tanda tangan Pemegang Polis/Penerima Manfaat

.....
Tempat, Tanggal, Tanda tangan dan Nama jelas

Khusus untuk produk *unit link* dengan pengajuan klaim meninggal ini, maka secara otomatis juga pengajuan penarikan semua nilai investasi Polis atas Tertanggung (jika ada), dimana pembayaran Manfaat Meninggal dan penarikan dana tersebut akan dilakukan bersamaan waktunya.

Persyaratan Dokumen Pengajuan Klaim :

1. Surat Keterangan Dokter untuk klaim meninggal dari PT FWD Life Indonesia
2. Tanda bukti diri yang sah dari Pemegang Polis, Tertanggung dan Pihak Yang Mengajukan/Penerima Manfaat.
3. Surat Kuasa asli (apabila dikuasakan).
4. Surat keterangan kematian asli dari instansi yang berwenang
5. Surat keterangan *visum et repertum* atau surat keterangan otopsi asli dari Tenaga Medis atau Rumah Sakit yang berwenang, apabila diperlukan;
6. Surat keterangan asli dari Kepolisian apabila Tertanggung meninggal karena kecelakaan;
7. Surat keterangan kematian dari yang berwenang dilegalisir minimal oleh Konsulat Jenderal RI setempat, apabila Tertanggung meninggal di luar negeri;
8. Salinan lembar pertama buku tabungan yang berisi nama dan no rekening bank untuk pembayaran Manfaat Asuransi.
9. Dokumen lain yang Kami nyatakan perlu yang berkaitan dengan klaim Manfaat Asuransi.