

## Formulir Klaim Cacat Total and Tetap atau Kematian Death or Total and Permanent Disability Claim Form

### Petunjuk-petunjuk/Instruction

Formulir Klaim ini harus di isi dengan lengkap oleh Pemegang Polis

*This Claim Form shall be completed by the Policyholder*

Pemegang Polis harus memberitahukan FWD Insurance dalam waktu 14 hari setelah tanggal kejadian

*The Policyholder shall notify to FWD Insurance within 14 days from date of the event*

Semua dokumen yang diperlukan harus diajukan ke FWD Insurance dalam waktu 60 hari setelah tanggal kematian atau pernyataan Cacat Total dan Tetap

*All the required document must be sent to FWD Insurance within 60 days from death or Total and Permanent Disability*

### Identitas Diri/Personal Identity

Pemegang Polis Policyholder	:	_____	Nomor Polis Policy Number	:	_____	No. Peserta Member Number	:	_____
Nama Tertanggung Employee Name	:	_____	Tanggal Lahir Date of Birth	:	_____	Jenis Kelamin Sex	:	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P
Alamat Address	:	_____	Pekerjaan Occupation	:	_____	Jabatan Position	:	_____
No. Telepon Rumah Telephone Number	:	_____	Tempat Bekerja Working Place	:	_____	Tanggal Masuk Kerja Start date of working	:	_____
No. Telepon Kantor Office Telephone Number	:	_____	Tanggal Memenuhi Syarat Asuransi Date eligible for insurance	:	_____	Tanggal Berlakunya Kepesertaan Date of Insurance Participant	:	_____

### Data Klaim/Claims Data

Beri tanda 'X' pada pilihan yang benar <i>Please cross 'X' the correct answer</i>	Ya	Tidak
1. Apakah Tertanggung Aktif Bekerja pada Tanggal perlindungan asuransi mulai berlaku? <i>Was the Insured Actively At Work on the Individual Commencement Date</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apakah Tertanggung aktif bekerja pada tanggal kenaikan uang pertanggungan terakhir? <i>Was the Insured Actively At Working on date the benefits were upgraded?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jika jawaban dari salah satu pertanyaan di atas adalah "Tidak", mohon beri penjelasan! <i>If an answer to one of the above questions is "No", please explain!</i>	_____	
2. Penyebab kematian atau cacat total dan tetap <i>Cause of death or total and permanent disability?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apakah kematian atau cacat total dan tetap terjadi karena Kecelakaan? <i>Is death or total and permanent disability caused by an Accident?</i>	_____	
Jika "Ya", mohon beri penjelasan lengkap apa yang terjadi! <i>If the answer "Yes", please give the complete explanation!</i>	_____	
Tanggal pertama tidak masuk kerja <i>First date of absence</i>	_____	
Tanggal terakhir Aktif Bekerja <i>Last date Actively At Work</i>	_____	
Apakah Tertanggung tidak masuk kerja sebelumnya dengan kondisi yang sama atau serupa? <i>Was the Insured absent before for the same condition?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jika jawabannya "Ya", mohon beri penjelasan dan tanggal kejadiannya! <i>If the answer is "Yes", give the explanation and the date of the event!</i>	_____	

### Penerima Manfaat/Beneficiary

Nomor Rekening Account Number	:	_____	Cabang Branch	:	_____
Nama Bank Bank Name	:	_____	Nama Pemegang Rekening Account Holder Name	:	_____

### Pernyataan Pemegang Polis/ Policyholder Statement

Saya menyatakan bahwa pernyataan di atas adalah lengkap dan akurat, bahwa Karyawan di atas memenuhi syarat untuk perlindungan asuransi dan bahwa Karyawan tersebut adalah peserta program asuransi kumpulan. Selanjutnya, saya menyatakan bahwa karyawan tersebut di atas masih bekerja pada kami pada saat tanggal kematian atau terjadinya cacat total dan tetap.

*I declare that the above statements are complete and accurate, that the above Employee is eligible for insurance coverage and that the Employee is eligible for the group insurance program. Furthermore, I declare that the above-mentioned Employee was still working on the date of death or the occurrence of total and permanent/disability.*

Tempat & Tanggal/Place & Date

\_\_\_\_\_  
Nama & Tanda Tangan Pemegang Polis  
Name & Signature of the Policyholder

\_\_\_\_\_  
Jabatan  
Position

PT FWD Insurance Indonesia

Pacific Century Place, Lantai 20  
SCBD Lot 10, Jl. Jendral Sudirman Kav. 52-53 Jakarta Selatan 12190

P (+62) 1 500 391 M (+62) 811 189 3910 E cs.id@fwd.com

Bebaskan langkah

fwdinsurance.co.id/CorporateCare

**Formulir Klaim Cacat Total and Tetap atau Kematian**  
*Death or Total and Permanent Disability Claim Form*

**Data Dokter yang merawat/Attending Physician Identity**

Nama : \_\_\_\_\_ No. Telepon Rumah : \_\_\_\_\_  
Name Phone Number

Alamat : \_\_\_\_\_ No. Telepon Rumah Sakit : \_\_\_\_\_  
Address Hospital Phone Number

**Diisi oleh dokter yang merawat/To be completed by the attending physician**

Nama Pasien : \_\_\_\_\_ Umur : \_\_\_\_\_ Jenis kelamin : \_\_\_\_\_  
Patient Name Age Sex

Nama Dokter yang merawat : \_\_\_\_\_ Nama Rumah Sakit : \_\_\_\_\_ No. Telepon : \_\_\_\_\_  
Physician Name Hospital Name Phone No.

Alamat Rumah Sakit : \_\_\_\_\_ Nomor Fax : \_\_\_\_\_  
Hospital Address Fax Number

**Anamnesa**

Pemeriksaan Fisik \_\_\_\_\_  
Physical Examination

Pemeriksaan penunjang \_\_\_\_\_  
Diagnostic Exam

Diagnosa Utama \_\_\_\_\_  
Primary Diagnosis

Diagnosa Tambahan \_\_\_\_\_  
Additional Diagnosis

Kapankah pertama kali Tertanggung mengunjungi Anda untuk memeriksakan diri, dalam hubungan Penyakit yang diderita atau Kecelakaan yang menyebabkan kematian atau cacat tetap? \_\_\_\_\_

When did the insured visit you to be examined in relation with the Disease or Accident that caused the death or permanent disability?

Apakah kematian/cacat tetap disebabkan oleh: \_\_\_\_\_ Ya Tidak

Was death or permanent disability caused by? \_\_\_\_\_

a. Suatu Penyakit \_\_\_\_\_  
Illness

Jika "Ya", jelaskan! \_\_\_\_\_  
If "Yes", please explain!

b. Kecelakaan \_\_\_\_\_  
Accident

Jika "Ya", jelaskan! \_\_\_\_\_  
If "Yes", please explain!

c. Pengaruh/akibat dari suatu Kecelakaan \_\_\_\_\_  
Result from accident

Jika "Ya", jelaskan! \_\_\_\_\_  
If "Yes", please explain!

d. Apakah Kecelakaan tersebut dipengaruhi oleh alkohol atau obat-obatan terlarang \_\_\_\_\_  
Whether the accident under influence of alcohol or narcotic

Jika "Ya", jelaskan! \_\_\_\_\_  
If "Yes", please explain!

e. Bunuh diri \_\_\_\_\_  
Suicide

Jika "Ya", jelaskan! \_\_\_\_\_  
If "Yes", please explain!

Apabila merupakan klaim kematian, apakah dilakukan otopsi? \_\_\_\_\_  
If it is a death claim, was an autopsy done?

Jika "Ya", jelaskan! \_\_\_\_\_  
If "Yes", please explain!

Kapankah gejala pertama penyakit dari tertanggung Anda ketahui? \_\_\_\_\_  
When did you see the first symptoms?

Menurut analisa Anda sejak kapan tertanggung mengidap penyakit tersebut?  
(atau berdasarkan anamnesa keluarga? \_\_\_\_\_  
To your knowledge, when did the insured become ill?  
(or interview from family)

Keterangan yang masih diperlukan? \_\_\_\_\_  
Other informastions needed?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Formulir Klaim Cacat Total and Tetap atau Kematian**  
*Death or Total and Permanent Disability Claim Form*

**Terapi / Therapy**

Perawatan Medis  
*Medical treatment*

Jika dilakukan pembedahan, sebutkan jenis pembedahannya (lengkap)!  
*in cause of surgery, please explain!*

**Periode Rawat Inap di Rumah Sakit/Confinement Period**

Tanggal Masuk : \_\_\_\_\_  
*Date Admitted*

Jam Masuk : \_\_\_\_\_  
*Time Admitted*

Tanggal Keluar : \_\_\_\_\_  
*Date Discharged*

Jam Keluar : \_\_\_\_\_  
*Time Discharged*

**Pernyataan Dokter/Physician Declarations**

Saya, Dokter yang merawat, dengan ini menyatakan bahwa keterangan tersebut di atas adalah lengkap dan benar berdasarkan ilmu pengetahuan yang saya miliki dan keyakinan saya.

*I the attending physician declare that the information above is true an complete to the best of my knowledge and belief.*

Tempat & Tanggal/Place & Date : \_\_\_\_\_

Nama & Alamat Dokter/Rumah Sakit/Klinik  
*Name & Adress of Physycian/Hospital/Clinic*

Tanda Tangan & Nama Dokter  
*Name & Signature of Physician*

Stempel Dokter  
*Physician Stamp*