



## FORMULIR KLAIM PENYAKIT KRITIS/TERMINAL ILLNESS

### CRITICAL ILLNESS/TERMINAL ILLNESS CLAIM FORM

#### Petunjuk-petunjuk/Instruction

Formulir Klaim ini harus diisi dengan lengkap oleh Pemegang Polis.

*This Claim form shall be completed by the Policyholder.*

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

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

Semua dokumen yang diperlukan harus diajukan ke FWD Life dalam waktu 60 hari setelah tanggal pemeriksaan atau pernyataan Penyakit Kritis atau Penyakit Terminal.

*All the documents required must be sent to FWD Life within 60 days from hospital discharge or the diagnosis of Critical Illness or Terminal Illness.*

#### 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	:	_____
Alamat Address	:	_____	Pekerjaan Occupation	:	_____	Jabatan Position	:	_____
No. Telepon Rumah Phone Number	:	_____	Tempat Bekerja Working Place	:	_____	Tanggal Masuk Kerja Start Date at Working	:	_____
No. Telepon Kantor Office Phone Number	:	_____	Tanggal memenuhi Syarat Kepesertaan Date Eligible for Insurance	:	_____	Tanggal Berlakunya Kepesertaan Commencement Date	:	_____

Pengajuan untuk Klaim :  
Submit Claims for

Jenis Klaim :  Penyakit Kritis  Penyakit Terminal  Hospital Cash  
Type of claims  Critical Illness  Terminal Illness  Hospital Cash

#### Informasi Bank Penerima Manfaat/Beneficiary Bank Information

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

#### Data Dokter yang merawat/Attending Physician

Nama Name	:	_____	No. Telepon Rumah Phone Number	:	_____
Alamat Address	:	_____	No. Telepon Rumah Sakit Hospital Phone Number	:	_____

#### 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 kejadian atau terdiagnosa Penyakit Kritis atau Penyakit Terminal.

*I declare that the above statements are complete and accurate, that the above Employee 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 at the date of the event or the occurrence of Critical Illness or Terminal Illness*

**Tempat & Tanggal/Place & Date :**

---

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

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

**FORMULIR KLAIM PENYAKIT KRITIS/TERMINAL ILLNESS**

**CRITICAL ILLNESS/TERMINAL ILLNESS CLAIM FORM**

Diisi oleh Dokter yang merawat/*To be filled in by the Attending Physician*

Nama Pasien <i>Patient Name</i>	: _____	Umur <i>Age</i>	: _____	Jenis Kelamin <i>Sex</i>	: _____
Nama Dokter yang merawat <i>Physician Name</i>	: _____	Nama Rumah Sakit <i>Hospital Name</i>	: _____	No. Telepon <i>Phone No.</i>	: _____
Alamat Rumah Sakit <i>Hospital Address</i>	: _____			Nomor Fax <i>Fax Number</i>	: _____

**Anamnesa**

Pemeriksaan Fisik : \_\_\_\_\_  
*Physicaly Diagnostic*

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?  
*When did the Insured visit you for the first time to be examined in relation to the Disease?*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kapankah gejala pertama Penyakit dari Tertanggung Anda ketahui?  
*When to your knowledge did the Insured show the first symptoms?*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Menurut analisa Anda sejak kapan Tertanggung mengidap Penyakit tersebut?(atau berdasarkan Anamnesa keluarga)?  
*To your knowledge, since when has the Insured suffered from the Disease (or based on family Anamnesa)?*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Keterangan Tambahan/*Additional Information*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sebutkan dokter atau Rumah Sakit lain, yang pernah dikunjungi sebelumnya sehubungan dengan kondisi kritis tersebut.  
*If the Insured is being treated by another Physicians or Hospitals related to this critical condition, please share the following information :*

1. Tanggal Pelayanan/*Date of Treatment* : \_\_\_\_\_  
Diagnosa/*Diagnosis* : \_\_\_\_\_  
Prodedur/*Procedure* : \_\_\_\_\_  
Nama Dokter/*Physician Name* : \_\_\_\_\_  
Nama Rumah Sakit/*Hospital Name* : \_\_\_\_\_

2. Tanggal Kunjungan/*Date of Treatment* : \_\_\_\_\_  
Diagnosa /*Diagnosis* : \_\_\_\_\_  
Prosedur/*Procedure* : \_\_\_\_\_  
Nama Dokter/*Physician Name* : \_\_\_\_\_  
Nama Rumah Sakit/*Hospital Name* : \_\_\_\_\_

Riwayat Penyakit keluarga/*Family Medical History* :

1. Nama/*Name* : \_\_\_\_\_  
Hubungan Keluarga/*Family Relationship* : \_\_\_\_\_  
Usia/*Age* : \_\_\_\_\_  
Diagnosa /*Diagnosis* : \_\_\_\_\_

2. Nama/*Name* : \_\_\_\_\_  
Hubungan Keluarga/*Family Relationship* : \_\_\_\_\_  
Usia/*Age* : \_\_\_\_\_  
Diagnosa /*Diagnosis* : \_\_\_\_\_

**Terapi /Therapy**

Perawatan Medis : \_\_\_\_\_  
*Medical treatment*

Apakah dilakukan Pembedahan? Jika "Ya", sebutkan jenis Pembedahan  
*Was Surgery performed? if "Yes", please provide the type of Surgery*

\_\_\_\_\_

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

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

Tanggal Keluar : \_\_\_\_\_ Jam Keluar : \_\_\_\_\_  
*Date Discharged* *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 & Physician Address/Hospital/Cinic*

\_\_\_\_\_  
Tanda Tangan & Nama Dokter  
*Name & Signature of physician*

\_\_\_\_\_  
Stempel Dokter  
*Physician Stamp*