

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 Life dalam waktu 14 hari setelah tanggal kejadian
The Policyholder shall notify to FWD Life within 14 days from date of the event
Semua dokumen yang diperlukan harus diajukan ke FWD Life dalam waktu 60 hari setelah tanggal kematian atau pernyataan Cacat Total dan Tetap
All the required document must be sent to FWD Life within 60 days from death or Total and Permanent Disability

Identitas Diri/Personal Identity

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

Data Klaim/Claims Data

Beri tanda 'X' pada pilihan yang benar
Please cross 'X' the correct answer

Ya Tidak

1. Apakah Tertanggung Aktif Bekerja pada Tanggal perlindungan asuransi mulai berlaku?
Was the Insured Actively At Work on the Individual Commencement Date
Apakah Tertanggung aktif bekerja pada tanggal kenaikan uang pertanggungan terakhir?
Was the Insured Actively At Working on date the benefits were upgraded?
Jika jawaban dari salah satu pertanyaan di atas adalah "Tidak", mohon beri penjelasan!
If an answer to one of the above questions is "No", please explain!

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Penyebab kematian atau cacat total dan tetap
Cause of death or total and permanent disability?
Apakah kematian atau cacat total dan tetap terjadi karena Kecelakaan?
Is death or total and permanent disability caused by an Accident?
Jika "Ya", mohon beri penjelasan lengkap apa yang terjadi!
If the answer "Yes", please give the complete explanation!

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Tanggal pertama tidak masuk kerja
First date of absence

Tanggal terakhir Aktif Bekerja
Last date Actively At Work

- Apakah Tertanggung tidak masuk kerja sebelumnya dengan kondisi yang sama atau serupa?
Was the Insured absent before for the same condition?
Jika jawabannya "Ya", mohon beri penjelasan dan tanggal kejadiannya!
If the answer is "Yes", give the explanation and the date of the event!

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Penerima Manfaat/Beneficiary

Nomor Rekening <i>Account Number</i>	:	_____	Cabang <i>Branch</i>	:	_____
Nama Bank <i>Bank Name</i>	:	_____	Nama Pemegang Rekening <i>Account Holder Name</i>	:	_____

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

**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:

Was death or permanent disability caused by?

Ya Tidak

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 informations needed?

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.

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