

Formulir Klaim Cacat Total dan 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 <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 <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 pertanggung terakhirlah? <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 <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

PT FWD Insurance Indonesia

Pacific Century Place, lantai 20 SCBD Lot 10,

Jl. Jendral Sudirman Kav. 52-53 Jakarta Selatan 12190, Indonesia

P 1500525 M (+62) 855 1500 525 E CustomerCare.cc@fwd.com

Bebaskan langkah
fwd.co.id



PT FWD Insurance Indonesia terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK)

Formulir Klaim Cacat Total dan 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 Ya Tidak

Illness

Jika "Ya", jelaskan _____

If "Yes", please explain

b. Kecelakaan Ya Tidak

Accident

Jika "Ya", jelaskan _____

If "Yes", please explain

c. Pengaruh/akibat dari suatu Kecelakaan Ya Tidak

Result from accident

Jika "Ya", jelaskan _____

If "Yes", please explain

d. Apakah Kecelakaan tersebut dipengaruhi oleh alkohol atau obat-obatan terlarang Ya Tidak

Whether the accident under influence of alcohol or narcotic

Jika "Ya", jelaskan _____

If "Yes", please explain

e. Bunuh diri Ya Tidak

Suicide

Jika "Ya", jelaskan _____

If "Yes", please explain

Apabila merupakan klaim kematian, apakah dilakukan otopsi? Ya Tidak

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 dan 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