

FORMULIR CACAT TOTAL DAN TETAP (Claim Form for Total and Permanent Disability)

Diisi oleh Pemegang Polis/Tertanggung/Penerima Manfaat (To be filled in completely by the Policy Holder / Insured / Beneficiary)
 Formulir ini harus diisi dengan lengkap, benar dan jelas. Klaim hanya dapat diproses bila semua dokumen telah dilengkapi.
 (This Form should be filled in completely, correctly and clearly. Claim is only going to be processed if all supporting documents are attached.)

Yang bertanda tangan di bawah ini (The undersigned below) : Data Pemegang Polis (Policy Holder Details)

- Nama Pemegang Polis (Policy Holder's Name) : _____
- No. Polis/Sertifikat (Policy or Certificate Number) : _____
- No. Telpon/HP/Fax/Email : _____
(Phone Number/Fax/Email)
- Alamat Lengkap (Full Address) : _____
- Jenis kelamin (Sex) : Pria (Male) Wanita (Female)

Identitas Tertanggung (Identity of the Insured)

- Nama Tertanggung (The Insured Name) : _____
- Tanggal lahir (Date of birth) : _____
- Jenis Kelamin (Sex) : Pria (Male) Wanita (Female)
- Alamat (Full Address) : _____

Polis-polis dari perusahaan asuransi jiwa lain yang dimiliki (jika ada) (Please mention all policies owned from other life insurance companies (if any)) :

- No. Polis dan nama perusahaan asuransi : _____
(Policy No and Insurance Name)
- No. Polis dan nama perusahaan asuransi : _____
(Policy No and Insurance Name)

Keterangan Aktivitas Tertanggung/Pasien (Activity Description of The Insured/Patient)

Tanggal terakhir bekerja :
(the Insured's last work date (dd/mm/yyyy))

Apakah Anda pada saat ini (Are you at this time)

- Hanya dapat berbaring (Only in lying down position?) : Ya (Yes) Tidak (No)
- Hanya tinggal di rumah (Only stay at home?) : Ya (Yes) Tidak (No)
- Berikan gambaran secara singkat dan jelas mengenai kegiatan sehari-hari (Please describe your daily activities briefly and clearly) : _____
- Telah dirawat di Rumah Sakit sejak (The Insured has been hospitalized since) : sampai dengan
- Nama dan alamat RS (Hospital name and address) : _____
- Nama dokter yang merawat (Name of Doctor/Specialist) : _____
- No. Rekam medis (Medical Record Number) : _____
- Jika sebab dirawat karena penyakit (If the cause for hospitalization is disease)
 - Sebutkan keluhan dan gejala yang timbul? (Please Mention the sign and symptoms that arise): _____
 - Sejak kapan keluhan timbul (tgl/bln/thn) (Date of first symptom) (dd/mm/yyyy): _____
 - Nama diagnosa penyakit (Name of diagnosis) : _____
- Jika sebab dirawat karena kecelakaan (If the cause for hospitalization is an accident)
 - Tempat dan tanggal kecelakaan (Please mention place and date of the accident) : _____
 - Jelaskan secara detail semua gejala dan jenis perlukaan/kecacatan yang diderita (Please explain in detail all symptoms and type of injuries/disability) : _____
 - Kronologis kecelakaan (Chronology of the accident) : _____
- Apakah Tertanggung menderita Ketidakmampuan Total untuk (Is The Insured suffering from Total Disability for) :
 - Melakukan seluruh kewajiban terhadap pekerjaan terakhirnya : Ya(Yes) Tidak (No)
(Performing the duty of his/her last occupation)
 - Bekerja atau melakukan jenis pekerjaan yang sesuai dengan pendidikan, latihan atau pengalaman Tertanggung guna mendapatkan penghasilan atau keuntungan? (Performing any duties based on his study, training or experience to get income?) Ya(Yes) Tidak (No)
- Pernahkah Anda mencoba untuk bekerja semenjak menderita ketidakmampuan total : Ya(Yes) Tidak (No)
(Have The insured ever tried to work since suffering Total Disability?)
- Jika Ya, tanggal bekerja kembali (tgl/bln/thn) (If "Yes", date of start to work) :

Apabila klaim disetujui maka pembayaran ke Pemegang Polis atau ke Penerima Manfaat (If the claim is approved the payment will be transferred to Policyholder and/or Beneficiary) :

- | | | |
|---------------------------------|---|-------|
| 1. Nama lengkap (Full Name) | : | _____ |
| 2. Nama Bank (Bank Name) | : | _____ |
| 3. Cabang Bank (Bank Branch) | : | _____ |
| 4. No Rekening (Account Number) | : | _____ |

Catatan (Note)

Pembayaran klaim cacat total dan tetap hanya akan dilakukan untuk pengajuan klaim yang di setujui dengan ketentuan polis. Pengajuan klaim ini harus dilengkapi dengan Surat Keterangan Dokter dan Surat Kuasa Pemberian Rekam Medis. (Payment of total and permanent disability claims will only be made for submission of claims that approved by the terms of the policy. Submission of this claim must be completed with Attending Physician's Statement and Power of Attorney to Provide Medical Records)

PERNYATAAN KUASA (STATEMENT AND POWER ATTORNEY)

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti, dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut diatas dengan benar dan lengkap. Dengan ini Saya memberikan kuasa kepada PT Hanwha Life Insurance Indonesia atau pihak yang diberi kuasa olehnya untuk memperoleh segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Saya dari Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Instansi Pemerintah, Perorangan atau Organisasi lainnya. (I certify that I have read, understood, and answered the above questions correctly and completely. I hereby give power to PT Hanwha Life Insurance Indonesia or parties authorized by it to obtain all notes/ information regarding myself and the circumstances/ my health from doctors, clinics, hospitals, health centers, insurance companies, legal entities, government agencies, individuals or other organizations)

Tanggal Penandatanganan (Signed in) : _____/_____/_____

Tanda tangan dan nama pemegang polis
(Signature & Policyholder Name)

Tanda tangan dan nama Tertanggung
(Signature & Insured Name)

SURAT KETERANGAN DOKTER (Attending Physician's Statement)

Di isi oleh Dokter yang Merawat (To be filled in completely by the attending physician)

Data Pasien/Tertanggung (Patient/Insured Details)

Nama Pasien (Name of the Patient)	:	_____
No Rekam Medis (Medical Record No)	:	_____
Tanggal lahir (Date of Birth)	:	_____
Alamat (Address)	:	_____
Jenis Kelamin (Sex)	:	<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita
Dirawat sejak tanggal (Date of Hospitalization)	:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Riwayat Penyakit (History of Disease)

- Anamnesa/Riwayat Penyakit (Anamnesa/History of Disease) _____
- Tanggal gejala/keluhan pertama kali diketahui (Please explain date of first occurrence of the sign and symptom) _____
- Tanggal pertama kali konsultasi (Please mention date of this patient's consultation for the first time) _____
- Nama dan alamat dokter yang merujuk (Name and address of referral doctor) _____
- Pemeriksaan penunjang yang dilakukan beserta hasilnya (Please explain Supporting examinations carried out and the results?) _____
- Diagnosa yang ditegakkan (Final diagnosis) _____
- Tanggal pasien diberitahu mengenai diagnosa tersebut (The date of the diagnosis was notified to the patient) _____
- Penyebab diagnosa tersebut (What is the cause of the diagnosis) _____
- Tanggal pertama kali diketahui penyebab diagnosa tersebut (when was the cause of the diagnosis first identified) _____
- Apakah terapi atau tindakan yang dilakukan pada pasien (What is therapy or surgical treatment to the patient?) _____
- Apakah diagnosa diatas ada hubungannya dengan kehamilan? (Is diagnosis above related to Pregnancy) _____
- Apakah diagnosa diatas ada hubungannya dengan kejiwaan/psikosomatis? (Is diagnosis above related to Psychiatric and mental disorder) _____
- Apakah diagnosa diatas ada hubungannya dengan penyakit bawaan/kongenital? (Is diagnosis above related to Congenital Disorders?) _____
- Apakah diagnosa diatas ada hubungannya dengan kecelakaan? (Is diagnosis above related to Accident?) _____
- Apakah hal tersebut menimbulkan cacat atau gangguan fungsi secara tetap? (Does it cause permanent disability or malfunction?) _____
- Bila "ya" berapa persen gangguan fungsi atau cacat tetapnya? (If "yes" what percentage of malfunctioning or permanent disability?) _____
- Perkiraan waktu yang dibutuhkan untuk penyembuhan? (Estimated time needed for healing?) _____
- Bila cacat yang diderita mengenai tangan, mohon penjelasan pasien ini kidal atau tidak? (If the disability affects the hand, please explain whether this patient is left-handed or not?) _____

PERNYATAAN DOKTER (DOCTOR'S STATEMENT)

Saya, sebagai dokter yang merawat pasien tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar sesuai pengetahuan yang saya miliki dan yakin (I, as a doctor who treat the patient, hereby declare that the foregoing answers are complete and correct to the best of my knowledge and belief)

Nama Dokter (Name of Doctor)	:	_____
Alamat Dokter / RS (Address of Doctor/Hospital)	:	_____
Spesialisasi (Specialist)	:	_____
NoTelp / HP (Phone Number)	:	_____
No. SIP Dokter (Doctor's SIP)	:	_____

Tempat dan tanggal
(Place and Date)

Tanda Tangan Dokter
(Signature of Doctor)

Cap Rumah Sakit
(Hospital Stamp)
