



TOTAL & PERMANENT DISABILITY CLAIM FORM

(To be completed by Insured)

A

FORMULIR KLAIM UNTUK CACAT TETAP & TOTAL (Diisi oleh Tertanggung)

IMPORTANT /PENTING/	
<ul style="list-style-type: none"> • Complete this form clearly and carefully • Lengkapi formulir ini dengan jelas • Check each appropriate box • Beri tanda ✓ pada kotak yang anda pilih 	
Policy No. : [No. Polis]	Name of Insured : [Nama tertanggung]
Sex : [Jenis kelamin]	
Insured's address : [Alamat tertanggung]	Date of birth Date [] [] Month [] [] Year [] [] [Tgl. lahir] [Tgl.] [Bulan] [Tahun]
	Contact Phone No. : [No. Telepon yang dihubungi]
EMPLOYMENT PARTICULARS / KETERANGAN PEKERJAAN /	
Occupation (if more than one, state all) and exact nature of occupational duties before disability : [Jenis pekerjaan yang di kerjakan dan tanggung jawabnya, sebelum terjadinya cacat (jelaskan semuanya, bila lebih dari satu)]	
Name and address of business or employer : [Nama dan alamat perusahaan]	
Do you file a sick leave certificate with your employer ? [Apakah Anda mengajukan cuti sakit secara tertulis kepada perusahaan ?]	Date you last worked : [Tanggal terakhir bekerja]
<input type="checkbox"/> Yes [Ya] <input type="checkbox"/> No [Tidak]	Date [] [] Month [] [] Year [] [] [Tgl.] [Bulan] [Tahun]
	Expected date of return to work : [Tanggal diharapkan dapat kembali bekerja]
	Date [] [] Month [] [] Year [] [] [Tgl.] [Bulan] [Tahun]
IF DISABILITY WAS DUE TO ACCIDENT / BILA CACAT DISEBABKAN OLEH KECELAKAAN /	
Where and how did the accident happen ? [Dimana dan bagaimana terjadinya kecelakaan]	Date of accident : Date [] [] Month [] [] Year [] [] [Tgl. Kecelakaan] [Tgl.] [Bulan] [Tahun]
	Time of accident : _____ am / pm [Jam kecelakaan] [pagi / siang / malam]
Part of body injured and type of injury : [Jelaskan bagian tubuh yang luka dan jenis luka yang diderita]	
IF DISABILITY WAS DUE TO ILLNESS / BILA CACAT DISEBABKAN OLEH PENYAKIT /	
Indicate the illness and give a brief description of initial symptoms : [Jelaskan riwayat dan gejala awal penyakit]	
Name and address of doctor / hospital first consulted for this illness : [Nama dan alamat Dokter / RS pertama berkonsultasi sehubungan dengan penyakit tersebut]	First suffered from this illness : [Pertama kali menderita penyakit tersebut]
	Date [] [] Month [] [] Year [] [] [Tgl.] [Bulan] [Tahun]

**TREATMENT DATA / [DATA PERAWATAN]****Name and address of doctor who referred the insured to hospital***[Nama dan alamat Dokter yang merujuk tertanggung ke rumah sakit]***Date of treatment :***[Tanggal perawatan]*From: Date Month Year
*[Dari] [Tgl.] [Bulan] [Tahun]*To: Date Month Year
*[Sampai] [Tgl.] [Bulan] [Tahun]***Details of doctor consulted or hospital admitted for current disability :***[Data dokter atau rumah sakit yang merawat untuk cacat saat ini]*

	Name of doctor / hospital <i>[Nama dokter / RS]</i>	Address of doctor / hospital <i>[Alamat Dokter / RS]</i>	Date of treatment <i>[Tgl. Perawatan]</i>	Medical Card No. <i>[No. Kartu berobat]</i>
a.				
b.				
c.				

OTHER INFORMATION / [KETERANGAN LAIN]**Are you currently insured for disability benefit with any other insurance company (if yes, please provide following information) :***[Apakah Anda ditanggung untuk biaya cacat oleh perusahaan asuransi lain (bila ya, lengkapi informasi di bawah ini)]*

	Name of insurance company <i>[Nama perusahaan asuransi]</i>	Sum Insured <i>[Uang pertanggungan]</i>	Rider attached <i>[Asuransi tambahan]</i>	Policy No. <i>[No. Polis]</i>
a.				
b.				
c.				

Have you ever submitted claims, with the same diseases/accident, for this policy ?*[Apakah Anda pernah mengajukan klaim atas Polis ini, baik untuk penyakit / kecelakaan yang sama atau berbeda ?]* **Never**
[Tidak pernah] **Ever, date.....**
*[Pernah, tgl.....]***DECLARATION AND AUTHORIZATION / [PERNYATAAN DAN KUASA]**

I declared that the answers give above are true and complete. I authorize doctor, hospital, clinic, other insurance company, any organization, institution or individual that has any record or knowledge of my/the insured's health and medical history or any treatment or advice and that has been or may hereafter consulted to disclose to the PT AIA FINANCIAL or its representatives such information. A photocopy of this authorization shall be as valid as the original

[Saya menyatakan bahwa semua penjelasan di atas adalah lengkap dan benar. Saya memberi kuasa kepada dokter, rumah sakit, klinik, perusahaan asuransi, badan, lembaga atau orang lain yang mempunyai catatan/riwayat kesehatan saya/tertanggung, untuk mengungkapkan semua keterangan kesehatan saya/tertanggung kepada PT AIA FINANCIAL atau wakil-wakilnya.

Salinan fotocopy dari kuasa ini sama dan berlaku sah seperti aslinya.]

Signed in :*[Ditandatangani di]*on : Date Month Year
*[pada] [Tgl.] [Bulan] [Tahun]***Signature and name of insured***[Tanda tangan & nama tertanggung]***Signature and name of witness***[Tanda tangan & nama saksi]***To be fill by staff of PT AIA FINANCIAL / [Diisi oleh petugas PT AIA FINANCIAL (cabang / distrik)] :**

Jenis klaim yang diajukan (pilih salah satu) :

 Risiko B WP/ LPS plus Total Permanet Disability



TOTAL & PERMANENT DISABILITY CLAIM FORM

(To be filled out by Attending Physician)

B FORMULIR KLAIM UNTUK CACAT TETAP & TOTAL (Diisi oleh Dokter yang merawat)

IMPORTANT [PENTING]	
<ul style="list-style-type: none"> • Complete this form clearly and carefully • Lengkapi formulir ini dengan jelas 	<ul style="list-style-type: none"> • Check each appropriate box • Beri tanda ✓ pada kotak yang anda pilih
<u>Patient's name :</u> [Nama pasien]	<u>Sex :</u> [Jenis kelamin]
<u>Date of birth</u> <u>Date</u> <input type="text"/> <input type="text"/> <u>Month</u> <input type="text"/> <input type="text"/> <u>Year</u> <input type="text"/> <input type="text"/> [Tgl. lahir] [Tgl.] [Bulan] [Tahun]	
<u>Name & address of hospital :</u> [Nama & alamat rumah sakit]	<u>Date of last admission to hospital :</u> <u>Date</u> <input type="text"/> <input type="text"/> <u>Month</u> <input type="text"/> <input type="text"/> <u>Year</u> <input type="text"/> <input type="text"/> [Tgl. Terakhir masuk rumah sakit] [Tgl.] [Bulan] [Tahun]
<u>Medical Record Number :</u> [No. rekam medis]	<u>Date of last release from hospital :</u> <u>Date</u> <input type="text"/> <input type="text"/> <u>Month</u> <input type="text"/> <input type="text"/> <u>Year</u> <input type="text"/> <input type="text"/> [Tgl. Terakhir keluar rumah sakit] [Tgl.] [Bulan] [Tahun]
<u>Since when did you know the patient ? :</u> [Sejak kapan anda mengenal pasien ?]	<u>Occupation of patient as declared to you :</u> [Pekerjaan pasien yang dinyatakan pada anda]
HISTORY & DIAGNOSIS [RIWAYAT & DIAGNOSA]	
<u>Symptoms and complaint presented by the patient :</u> [Gejala dan keluhan yang disampaikan oleh pasien]	<u>The date when symptoms first appeared or when the accident happened :</u> [Tanggal pertama kali muncul gejala atau kecelakaan terjadi] <u>Date</u> <input type="text"/> <input type="text"/> <u>Month</u> <input type="text"/> <input type="text"/> <u>Year</u> <input type="text"/> <input type="text"/> [Tgl.] [Bulan] [Tahun]
<u>Has patient had same or similar condition ? If so, please state when and give details :</u> [Apakah pasien sudah pernah mempunyai kondisi sama atau mirip seperti ini ? Bila ya, kapan dan jelaskan]	
<u>The date when the patient first absented himself/herself from work due to the condition :</u> [Tanggal saat pertama kali pasien absen dari pekerjaan akibat kondisinya tersebut]	<u>Date</u> <input type="text"/> <input type="text"/> <u>Month</u> <input type="text"/> <input type="text"/> <u>Year</u> <input type="text"/> <input type="text"/> [Tgl.] [Bulan] [Tahun]
<u>The date when the patient last present in work after the condition happened :</u> [Tanggal saat terakhir kali pasien hadir di pekerjaannya setelah kondisi tersebut terjadi]	<u>Date</u> <input type="text"/> <input type="text"/> <u>Month</u> <input type="text"/> <input type="text"/> <u>Year</u> <input type="text"/> <input type="text"/> [Tgl.] [Bulan] [Tahun]
<u>Clinical and physical findings during first consultation :</u> [Temuan secara klinis dan psikiatris selama konsultasi pertama berlangsung]	<u>The date of first consultation :</u> [Tanggal konsultasi pertama] <u>Date</u> <input type="text"/> <input type="text"/> <u>Month</u> <input type="text"/> <input type="text"/> <u>Year</u> <input type="text"/> <input type="text"/> [Tgl.] [Bulan] [Tahun]
<u>Clinical and physical upon last admission to hospital :</u> [Temuan secara klinis dan psikiatris pada saat terakhir masuk rumah sakit]	

**HISTORY & DIAGNOSIS / RIWAYAT & DIAGNOSA]****Cause/underlying disease related to this illness / disorder:***[Causa / underlying disease dari sakit / kelainan tsb]***Supporting diagnostic examinations / undertaker :***[Pemeriksaan Penunjang Diagnostik yang dilaksanakan]***Laboratory / X-rays / CT Scan / U.S.G. / (please attach related documents***[Laboratorium / X-Ray / CT Scan / U.S.G / (mohon dilampirkan)]*

	Date of examination / procedure <i>[Tanggal pemeriksaan]</i>	Name of examination <i>[Nama pemeriksaan]</i>	Results <i>[Hasil yang didapat]</i>
a.			
b.			
c.			
d.			

The diagnosis of the condition and its complications :*[Diagnosa dari kondisi dan komplikasinya]***The date when the diagnosis was given :***[Tanggal saat diagnosa diberikan]*

Date Month Year
[Tgl.] [Bulan] [Tahun]

Treatment and therapy given at time of provision of medical care :*[Tindakan dan terapi yang diberikan pada saat dirawat]***CURRENT HEALTH OF THE INSURED/PARTICIPANT / KESEHATAN TERTANGGUNG/PESERTA SAAT INI]****Current eyesight condition :***[Keadaan penglihatan saat ini]* **Clear vision***[Dapat melihat dengan baik]* **Blurred vision***[Dapat melihat dengan samar-samar]* **Unable to see***[Tidak dapat melihat]***Does the patient wear eyeglasses ? :***[Apakah pasien memakai kacamata]* **Yes***[Ya]* **No***[Tidak]***Can the patient see an object clearly 6 meters away from where he is ?***[Dapatkah pasien melihat jelas benda yang jaraknya 6 meter dari ia berada ?]* **Yes***[Ya]* **No***[Tidak]***With the current mental status of the Insured/Participant as described above, how would you rate the present ability for interpersonal relations and communication of the Insured/Participant :***[Dengan keadaan mental Tertanggung/Peserta seperti yang dijelaskan di atas, bagaimana anda menilai kemampuan hubungan antar perorangan dan kemampuan komunikasi Tertanggung/Peserta saat ini]* **Able to engage in all interpersonal relations and communication (without limitations***[Mampu melakukan semua hubungan antar perorangan dan komunikasi (tanpa batas)]* **Able to engage in most interpersonal relations and communication (slight limitations***[Mampu melakukan kebanyakan hubungan antar perorangan dan komunikasi (sedikit terbatas)]* **Able to engage in only limited interpersonal relations and communication (moderate limitations***[Mampu melakukan hubungan antar perorangan dan komunikasi tertentu saja (sedikit lebih terbatas)]* **Unable to engage in interpersonal relations and communication (marked limitations***[Tidak mampu melakukan hubungan antar perorangan dan komunikasi (jelas terbatas)]* **Has significant loss of psychological, physiological, personal and social adjustment (severe limitations***[Kehilangan kejiwaan, fisiologis, kepribadian dan kemampuan bersosialisasi yang sangat berarti (sangat terbatas)]***Remarks :***[Catatan]*



CURRENT HEALTH OF THE INSURED/PARTICIPANT [KESEHATAN TERTANGGUNG/PESERTA SAAT INI]					
<u>Current ability of writing :</u> [Kemampuan menulis saat ini]	<input type="checkbox"/> <u>Adequate</u> [Memadai]	<input type="checkbox"/> <u>Writes with difficulty</u> [Menulis dengan susah payah]	<input type="checkbox"/> <u>Unable to write totally</u> [Tidak dapat menulis sama sekali]		
<u>With the current health condition of the Insured/Participant in mind, how would you rate the present working capacity of the Insured/Participant</u> [Dengan kondisi kesehatan Tertanggung/Peserta saat ini, bagaimana anda menilai kapasitas pekerjaan Tertanggung/Peserta untuk saat ini]					
<input type="checkbox"/> <u>No limitation of functional capacity, capable of heavy work without restrictions</u> [Tidak ada pembatasan kapasitas fungsional, mampu melakukan pekerjaan berat tanpa pengecualian]					
<input type="checkbox"/> <u>Capable of medium manual activity :</u> [Mampu melakukan aktivitas manual yang menengah]					
<input type="checkbox"/> <u>Slight limitation of functional capacity, capable of light work</u> [Sedikit pembatasan kapasitas fungsional, mampu melakukan pekerjaan ringan]					
<input type="checkbox"/> <u>Moderate limitation of functional capacity, capable of clerical / administrative activity</u> [Kapasitas fungsional yang sedikit lebih terbatas, mampu melakukan kegiatan yang bersifat administratif]					
<input type="checkbox"/> <u>Severe limitation of functional capacity, incapable of minimum activity</u> [Kapasitas fungsional yang sangat terbatas, aktivitas yang minimum tidak mampu dilakukan]					
<u>Remarks :</u> [Catatan]					
<u>Current state of mobility :</u> [Keadaan pergerakan saat ini]	<input type="checkbox"/> <u>Ambulatory</u> [Dapat berjalan]	<input type="checkbox"/> <u>Home confined</u> [Tidak dapat meninggalkan rumah]	<input type="checkbox"/> <u>Hospital confined</u> [Tidak dapat meninggalkan rumah sakit]		
<u>Remarks :</u> [Catatan]					
PROGNOSIS & REHABILITATION [RAMALAN DAN REHABILITASI]					
<u>Is the Insured/Participant totally disabled in terms of his/her current job ?</u> [Apakah saat ini Tertanggung/Peserta mengalami cacat total sebagai syarat untuk melakukan pekerjaannya ?]		<input type="checkbox"/> <u>Yes</u> [Ya]	<input type="checkbox"/> <u>No</u> [Tidak]		
<u>Is the Insured/Participant totally disabled in terms of any other job ?</u> [Apakah saat ini Tertanggung/Peserta mengalami cacat total sebagai syarat untuk melakukan pekerjaan lain ?]		<input type="checkbox"/> <u>Yes</u> [Ya]	<input type="checkbox"/> <u>No</u> [Tidak]		
<u>What duties of the Insured's/Partisipant job is he/she incapable of performing :</u> [Tugas pekerjaan apa yang tidak mampu dilakukan oleh Tertanggung/Peserta ?]					
<u>Do you expect an improvement of this present condition in the future :</u> [Apakah anda mengharapkan adanya perkembangan terhadap kondisi sekarang pada masa yang akan datang ?]		<input type="checkbox"/> <u>Yes</u> [Ya]	<input type="checkbox"/> <u>No</u> [Tidak]		
<u>If yes, how long do you expect for the Insured/Participant to be able to perform his/her duties, in terms of his/her own job</u> [Apabila ya, berapa lama waktu yang dibutuhkan oleh Tertanggung/Peserta untuk dapat melakukan tugas pekerjaannya sendiri ?]					
<input type="checkbox"/> <u>Within 1 Mth</u> [Dalam 1 bulan]	<input type="checkbox"/> <u>1 - 3 Mths</u> [1 - 3 bulan]	<input type="checkbox"/> <u>4 - 6 Mths</u> [4 - 6 bulan]	<input type="checkbox"/> <u>7 - 12 Mths</u> [7 - 12 bulan]	<input type="checkbox"/> <u>> 12 Mths</u> [> 12 bulan]	<input type="checkbox"/> <u>Never</u> [Tidak pernah]
<u>If yes, how long do you expect for the Insured/Participant to be able to perform his/her duties, in terms of any other job</u> [Apabila ya, berapa lama waktu yang dibutuhkan oleh Tertanggung/Peserta untuk dapat melakukan tugas pekerjaan lain ?]					
<input type="checkbox"/> <u>Within 1 Mth</u> [Dalam 1 bulan]	<input type="checkbox"/> <u>1 - 3 Mths</u> [1 - 3 bulan]	<input type="checkbox"/> <u>4 - 6 Mths</u> [4 - 6 bulan]	<input type="checkbox"/> <u>7 - 12 Mths</u> [7 - 12 bulan]	<input type="checkbox"/> <u>> 12 Mths</u> [> 12 bulan]	<input type="checkbox"/> <u>Never</u> [Tidak pernah]
<u>If no, please explain :</u> [Apabila tidak, mohon penjelasannya]					
<u>Is there any possibility of relapse or the necessity for the further treatment after recovery</u> [Apakah untuk penyakit/kelainan ini ada kemungkinan relaps kembali atau membutuhkan perawatan lanjutan setelah sembuh ?]					

**PROGNOSIS & REHABILITATION [RAMALAN DAN REHABILITASI]**

Progress of recovery :

 Recovered

[Sembuh]

 Improved

[Mulai sembuh]

 Status quo, no improvement

[Tidak berubah]

 Regressed

[Mengalami kemunduran]

Remarks :

[Catatan]

Date of last follow up consultation :

[Tanggal terakhir konsultasi]

Date

[Tgl.]

Month

[Bulan]

Year

[Tahun]

REFERRAL DATA [DATA RUJUKAN]

Name and address of other doctors/hospitals attended for treatment of this conditions

[Nama dan alamat dokter/rumah sakit lain yang memberikan perawatan untuk kondisi ini]

Date of Treatment [Tanggal Perawatan]	Name of doctor/hospital [Nama dokter/RS]	Address [Alamat]

MISCELLANEOUS [LAIN-LAIN]

If there is any further information which in your opinion will assist us in assessing this claim, please furnish such information :

[Apabila ada informasi lebih lanjut yang menurut anda akan membantu kami dalam memproses klaim ini, mohon dapat dilengkapi] .

STATEMENT OF ATTENDING PHYSICIAN [PERNYATAAN DOKTER]

As the Doctor handling the care of the above-mentioned Patient, I hereby state that I have read and answered the questions in this form clearly and completely to the best of my knowledge.

[Saya sebagai Dokter yang merawat / menangani Pasien tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar sesuai dengan pengetahuan saya]

Name of Doctor / Hospital :

[Nama Dokter/RS]

Specialization :

[Spesialisasi]

Address :

[Alamat]

Telephone :

[Telepon]

Signed in :

[Ditandatangani di]

Date

[Tanggal]

Signature of doctor and seal of hospital / doctor

[Tanda tangan dan stempel Dokter/RS]