

**Formulir Klaim Penyakit Kritis/Terminal Illness**  
*Critical Illness/Terminal Illness 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 pemeriksaan atau pernyataan Penyakit Kritis atau Penyakit Terminal.

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

**Identitas Diri/Personal Identity**

<b>Pemegang Polis</b> : _____ <i>Policyholder</i>	<b>Nomor Polis</b> : _____ <i>Policy Number</i>	<b>No. Peserta</b> : _____ <i>Member Number</i>
<b>Nama Tertanggung</b> : _____ <i>Employee Name</i>	<b>Tanggal Lahir</b> : _____ <i>Date of Birth</i>	<b>Jenis Kelamin</b> : _____ <i>Sex</i>
<b>Alamat</b> : _____ <i>Address</i>	<b>Pekerjaan</b> : _____ <i>Occupation</i>	<b>Jabatan</b> : _____ <i>Position</i>
<b>No. Telepon Rumah</b> : _____ <i>Phone Number</i>	<b>Tempat Bekerja</b> : _____ <i>Working Place</i>	<b>Tanggal Masuk Kerja</b> : _____ <i>Start Date at Working</i>
<b>No. Telepon Kantor</b> : _____ <i>Office Phone Number</i>	<b>Tanggal memenuhi Syarat Kepesertaan</b> : _____ <i>Date Eligible for Insurance</i>	<b>Tanggal Berlakunya Kepesertaan</b> : _____ <i>Individual Commencement Date</i>
<b>Pengajuan untuk Klaim</b> _____ <i>Submit Claims for</i>		
<b>Jenis Klaim :</b> <input type="checkbox"/> Penyakit Kritis <input type="checkbox"/> Penyakit Terminal <input type="checkbox"/> Hospital Cash <i>Type of claims</i> <i>Critical Illness</i> <i>Terminal Illness</i> <i>Hospital Cash</i>		

**Informasi Bank Penerima Manfaat/Beneficiary Bank Information**

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

**Informasi Bank Penerima Manfaat/Beneficiary Bank Information**

<b>Nama</b> : _____ <i>Name</i>	<b>No. Telepon Rumah</b> : _____ <i>Phone Number</i>
<b>Alamat</b> : _____ <i>Address</i>	<b>No. Telepon Rumah Sakit</b> : _____ <i>Hospital Phone Number</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 kejadian atau terdiagnosa Penyakit Kritis atau Penyakit Terminal.

*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 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*
**PT FWD Insurance Indonesia**

Pacific Century Place, Lantai 20  
 SCBD Lot 10, Jl. Jendral Sudirman Kav. 52-53 Jakarta Selatan 12190

**P** (+62) 1 500 391    **M** (+62) 811 189 3910    **E** cs.id@fwd.com

**Bebaskan langkah**  
[fwdinsurance.co.id/CorporateCare](http://fwdinsurance.co.id/CorporateCare)

CF/CITI/V06

**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**

<b>Nama Pasien</b> :	_____	<b>Umur</b> :	_____	<b>Jenis Kelamin</b> :	_____
<i>Patient Name</i>		<i>Age</i>		<i>Sex</i>	
<b>Nama Dokter yang merawat</b> :	_____	<b>Nama Rumah Sakit</b> :	_____	<b>No. Telepon</b> :	_____
<i>Physician Name</i>		<i>Hospital Name</i>		<i>Phone No.</i>	
<b>Alamat Rumah Sakit</b> :	_____	<b>Nomor Fax</b> :	_____		
<i>Hospital Address</i>		<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 an other 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** : \_\_\_\_\_  
**Prodedur/Procedure** : \_\_\_\_\_  
**Nama Dokter/Physician Name** : \_\_\_\_\_  
**Nama Rumah Sakit/Hospital Name** : \_\_\_\_\_

**Formulir Klaim Penyakit Kritis/Terminal Illness**  
*Critical Illness/Terminal Illness Claim Form*

**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 : _____ <i>Date Admitted</i>	Jam Masuk : _____ <i>Time Admitted</i>
Tanggal Keluar : _____ <i>Date Discharged</i>	Jam Keluar : _____ <i>Time Discharged</i>

**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 and complete to the best of my knowledge and belief.*

Tempat & Tanggal/Place & Date : \_\_\_\_\_  
Nama & Alamat Dokter/Rumah Sakit/Klinik  
*Name & Address of Physician/Hospital/Clinic*

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

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