No. Polis Syariah / Syariah Policy No : | | | | | | | | | | | | |

AIA Syariah

CLMASRI-02

TOTAL & PERMANENT DISABILITY CLAIM BENEFIT FOR

(To be filled out by Attending Physician)

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

IMPORTANT ***[PENTING]***

- **Complete this form clearly and carefully**
  Lengkapi formulir ini dengan jelas
- **Check each appropriate box**
  Beri tanda ✓ pada kotak yang anda pilih

Patient's name :
[Nama pasien]

Sex :
[Jenis kelamin]

Date of birth
[Tgl. lahir]
Date | | *[Tgl.]* Month | | *[Bulan]* Year | | | | *[Tahun]*

Name & address of hospital :
[Nama & alamat rumah sakit]

Date of last admission to hospital :
[Tgl. Terakhir masuk rumah sakit]
Date | | *[Tgl.]* Month | | *[Bulan]* Year | | | | *[Tahun]*

Date of last release from hospital :
[Tgl. Terakhir keluar rumah sakit]
Date | | *[Tgl.]* Month | | *[Bulan]* Year | | | | *[Tahun]*

Medical Record Number :
[No. rekam medis]

Since when did you know the patient ? :
[Sejak kapan anda mengenal pasien ?]

Occupation of patient as declared to you :
[Pekerjaan pasien yang dinyatakan pada anda]

HISTORY & DIAGNOSIS ***[RIWAYAT & DIAGNOSA]***

Symptoms and complaint presented by the patient :
[Gejala dan keluhan yang disampaikan oleh pasien]

The date when symptoms first appeared or when the accident happened :
[Tanggal pertama kali muncul gejala atau kecelakaan terjadi]
Date | | *[Tgl.]* Month | | *[Bulan]* Year | | | | *[Tahun]*

Has patient had same or similar condition ? If so, please state when and give details :
[Apakah pasien sudah pernah mempunyai kondisi sama atau mirip seperti ini ? Bila ya, kapan dan jelaskan]

The date when the patient first absented himself/herself from work due to the condition :
[Tanggal saat pertama kali pasien absen dari pekerjaan akibat kondisinya tersebut]
Date | | *[Tgl.]* Month | | *[Bulan]* Year | | | | *[Tahun]*

The date when the patient last present in work after the condition happened :
[Tanggal saat terakhir kali pasien hadir di pekerjaaannya setelah kondisi tersebut terjadi]
Date | | *[Tgl.]* Month | | *[Bulan]* Year | | | | *[Tahun]*

Clinical and physical findings during first consultation :
[Temuan secara klinis dan psikis selama konsultasi pertama berlangsung]

The date of first consultation :
[Tanggal konsultasi pertama]
Date | | *[Tgl.]* Month | | *[Bulan]* Year | | | | *[Tahun]*

Clinical and physical upon last admission to hospital :
[Temuan secara klinis dan psikis pada saat terakhir masuk rumah sakit]

F143R03-0609

HISTORY & DIAGNOSIS *[RIWAYAT & DIAGNOSA]*

Cause/underlying disease related to this illness / disorder:
[Causa / underlying disease dari sakit / kelainan tsb]

Supporting diagnostic examinations / undertaken :
[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 *[Tanggal pemeriksaan]*	Name of examination *[Nama pemeriksaan]*	Results *[Hasil yang didapat]*
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 ☐☐ *[Tgl.]* Month ☐☐ *[Bulan]* Year ☐☐ *[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 PIHAK YANG DIASURANSIKAN/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 dengan 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 communicatio of the Insured/Participant :
[Dengan keadaan mental Pihak yang diasuransikan/Peserta seperti yang dijelaskan di atas, bagaimana anda menilai kemampuan hubungan antar perorangan dan kemampuan komunikasi Pihak yang diasuransikan/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 adjusment (severe limitations
[Kehilangan kejiwaan, fisiologis, kepribadian dan kemampuan bersosialisasi yang sangat berarti (sangat terbatas)]

Remarks :
[Catatan]

CURRENT HEALTH OF THE INSURED/PARTICIPANT *[KESEHATAN PIHAK YANG DIASURANSIKAN/PESERTA SAAT INI]*

Current ability of writing :
[Kemampuan menulis saat ini]

❑ Adequate *[Memadai]*
❑ Writes with difficulty *[Menulis dengan susah payah]*
❑ Unable to write totally *[Tidak dapat menulis sama sekali]*

With the current health condition of the Insured/Participant in mind, how would you rate the present working capacity of the Insured/Participant
[Dengan kondisi kesehatan Pihak yang diasuransikan/Peserta saat ini, bagaimana anda menilai kapasitas pekerjaan Pihak yang diasuransikan/Peserta untuk saat ini]

❑ No limitation of functional capacity, capable of heavy work without restrictions
[Tidak ada pembatasan kapasitas fungsional, mampu melakukan pekerjaan berat tanpa pengecualian]

❑ Capable of medium manual activity :
[Mampu melakukan aktivitas manual yang menengah]

❑ Slight limitation of functional capacity, capable of light work
[Sedikit pembatasan kapasitas fungsional, mampu melakukan pekerjaan ringan]

❑ Moderate limitation of functional capacity, capable of clerical / administrative activity
[Kapasitas fungsional yang sedikit lebih terbatas, mampu melakukan kegiatan yang bersifat administratif]

❑ Severe limitation of functional capacity, incapable of minimum activity
[Kapasitas fungsional yang sangat terbatas , aktivitas yang minimpun tidak mampu dilakukan]

Remarks :
[Catatan]

Current state of mobility :
[Keadaan pergerakan saat ini]

❑ Ambulatory *[Dapat berjalan]*
❑ Home confined *[Tidak dapat meninggalkan rumah]*
❑ Bed confined *[Tidak dapat meninggalkan tempat tidur]*
❑ Hospital confined *[Tidak dapat meninggalkan rumah sakit]*

Remarks :
[Catatan]

PROGNOSIS & REHABILITATION *[RAMALAN DAN REHABILITASI]*

Is the Insured/Participant totally disabled in terms of his/her current job ?
[Apakah saat ini Pihak yang diasuransikan/Peserta mengalami cacat total sebagai syarat untuk melakukan pekerjaannya ?]
❑ Yes *[Ya]* ❑ No *[Tidak]*

Is the Insured/Participant totally disabled in terms of any other job ?
[Apakah saat ini Pihak yang diasuransikan/Peserta mengalami cacat total sebagai syarat untuk melakukan pekerjaan lain ?]
❑ Yes *[Ya]* ❑ No *[Tidak]*

What duties of the Insured/Partisipant job is he/she incapable of performing ?
[Tugas pekerjaan apa yang tidak mampu dilakukan oleh Pihak yang diasuransikan/Peserta ?]

Do you expect an improvement of this present condition in the future ?
[Apakah anda mengharapkan adanya perkembangan terhadap kondisi sekarang pada masa yang akan datang ?]
❑ Yes *[Ya]* ❑ No *[Tidak]*

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
[Apabila ya, berapa lama waktu yang dibutuhkan oleh Pihak yang diasuransikan/Peserta untuk dapat melakukan tugas pekerjaannya sendiri ?]

❑ Within 1 Mth *[Dalam 1 bulan]*
❑ 1 - 3 Mths *[1 - 3 bulan]*
❑ 4 - 6 Mths *[4 - 6 bulan]*
❑ 7 - 12 Mths *[7 - 12 bulan]*
❑ > 12 Mths *[> 12 bulan]*
❑ Never *[Tidak pernah]*

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
[Apabila ya, berapa lama waktu yang dibutuhkan oleh Pihak yang diasuransikan/Peserta untuk dapat melakukan tugas pekerjaan lain ?]

❑ Within 1 Mth *[Dalam 1 bulan]*
❑ 1 - 3 Mths *[1 - 3 bulan]*
❑ 4 - 6 Mths *[4 - 6 bulan]*
❑ 7 - 12 Mths *[7 - 12 bulan]*
❑ > 12 Mths *[> 12 bulan]*
❑ Never *[Tidak pernah]*

If no, please explain :
[Apabila tidak, mohon penjelasannya]

Is there any possibility of relapse or the necessity for the further treatment after recovery ?
[Apakah untuk penyakit/kelainan ini ada kemungkinan relaps kembali atau membutuhkan perawatan lanjutan setelah sembuh ?]

AIA Syariah

CLMASRI-02

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 assesing this Claim Benefit, please furnish such information :
[Apabila ada informasi lebih lanjut yang menurut anda akan membantu kami dalam memproses Santunan 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]

F143R03-0609