



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 • Check each appropriate box • Beri tanda ✓ pada kotak yang anda pilih 	
<u>Patient's name :</u> <i>[Nama pasien]</i>	<u>Sex :</u> <i>[Jenis kelamin]</i>
<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"/> <i>[Tgl. lahir] [Tgl.] [Bulan] [Tahun]</i>	
<u>Name & address of hospital :</u> <i>[Nama & alamat rumah sakit]</i>	<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"/> <i>[Tgl. Terakhir masuk rumah sakit] [Tgl.] [Bulan] [Tahun]</i>
<u>Medical Record Number :</u> <i>[No. rekam medis]</i>	<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"/> <i>[Tgl. Terakhir keluar rumah sakit] [Tgl.] [Bulan] [Tahun]</i>
<u>Since when did you know the patient ? :</u> <i>[Sejak kapan anda mengenal pasien ?]</i>	<u>Occupation of patient as declared to you :</u> <i>[Pekerjaan pasien yang dinyatakan pada anda]</i>
HISTORY & DIAGNOSIS [RIWAYAT & DIAGNOSA]	
<u>Symptoms and complaint presented by the patient :</u> <i>[Gejala dan keluhan yang disampaikan oleh pasien]</i>	<u>The date when symptoms first appeared or when the accident happened :</u> <i>[Tanggal pertama kali muncul gejala atau kecelakaan terjadi]</i> <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"/> <i>[Tgl.] [Bulan] [Tahun]</i>
<u>Has patient had same or similar condition ? If so, please state when and give details :</u> <i>[Apakah pasien sudah pernah mempunyai kondisi sama atau mirip seperti ini ? Bila ya, kapan dan jelaskan]</i>	
<u>The date when the patient first absented himself/herself from work due to the condition :</u> <i>[Tanggal saat pertama kali pasien absen dari pekerjaan akibat kondisinya tersebut]</i>	<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"/> <i>[Tgl.] [Bulan] [Tahun]</i>
<u>The date when the patient last present in work after the condition happened :</u> <i>[Tanggal saat terakhir kali pasien hadir di pekerjaannya setelah kondisi tersebut terjadi]</i>	<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"/> <i>[Tgl.] [Bulan] [Tahun]</i>
<u>Clinical and physical findings during first consultation :</u> <i>[Temuan secara klinis dan psikis selama konsultasi pertama berlangsung]</i>	<u>The date of first consultation :</u> <i>[Tanggal konsultasi pertama]</i> <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"/> <i>[Tgl.] [Bulan] [Tahun]</i>
<u>Clinical and physical upon last admission to hospital :</u> <i>[Temuan secara klinis dan psikis pada saat terakhir masuk rumah sakit]</i>	

**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)]

	<u>Date of examination / procedure</u> [Tanggal pemeriksaan]	<u>Name of examination</u> [Nama pemeriksaan]	<u>Results</u> [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 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 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 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 minimpun 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]

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

MISCELLANEOUS [LAIN-LAIN]If there is any further information which in your opinion will assist us in assesing 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]