

ElderShield/IDAPE CLAIM FORM

Dear Policyholder/Applicant

We are sorry to learn of your disability.

In order for us to process your claim, please:

1. Complete the attached Claim Form as best as you can. If you are unable to do so, please have it completed by your immediate family member or caregiver.
2. Call the clinic to make an appointment for the disability assessment. Please refer to the attached list of appointed assessors. The fee for the assessment is to be paid by you.
3. Bring along the following for the appointment:
 - a. Completed Claim Form
 - b. Hospital medical records and Inpatient discharge summary that you may have
 - c. Medicine (if any)

If you are claiming for benefits under the Interim Disability Assistance Programme for the Elderly (IDAPE)¹, you are advised to download the Means Test form from Ministry of Health website (<http://www.moh.gov.sg/>), complete and send it together with the following supporting documents to:

IDAPE Scheme
PO Box 680
Bukit Merah Central Post Office
Singapore 911536

Supporting documents for Means Test application:

- Completed IDAPE Application Form for Means Test
- Clear photocopies of applicant and household members² NRICs (front and back) & Singapore birth certificate for household members below 15 years old
- Clear photocopies of applicant and household members' income statements³ such as pay-slips, IRAS or CPF statements, letters from employers

¹ IDAPE is a Government Scheme administered by NTUC Income.

² Household members include parents, spouse, children, siblings and grandchildren sharing the same residence with the applicant.

³ Gross monthly income from all sources, including rental and interest income for the household is considered. For applicants with children who are staying apart from him/her, the allowance obtained from the children must be included.

Once we have received all the required documents/information, we will process your claim and inform you of the outcome as soon as possible.

If you need help, please contact our Customer Service Officers at **6332 1133** or email us at **healthcare@income.com.sg**.

乐龄健保/暂时性乐龄残疾援助计划 索赔表格

亲爱的保户/申请人:

我们十分了解您的处境，并将尽快处理。

敬请您:

1. 填妥所附的索赔表格; 您也可以请您的亲属帮您填写。
2. 从所附上的合格评估员名单中挑选一位, 并预约时间, 让他评估您的残疾情况。评估费将由您自付。
3. 在评估当日携带下列文件赴约:
 - a. 填妥的索赔表格
 - b. 完整的病历和出院单 (如有)
 - c. 正在服用的药物 (如有)

如果您是依据“暂时性乐龄残障援助计划”(IDAPE)¹ 索赔利益, 我们建议您上卫生部的网站 (<http://www.moh.gov.sg/>) 下载“经济状况调查”(Means Test) 表格。把填好的表格连同以下的相关文件一起寄送至:

IDAPE Scheme
PO Box 680
Bukit Merah Central Post Office
Singapore 911536

“经济状况调查”申请的相关文件:

- 填写好的“IDAPE 经济状况调查申请表”(IDAPE Application Form for Means Test)
- 申请人及其家庭成员² 的身份证复印件 (正面和背面) 以及年龄在 15 岁以下的家庭成员的新加坡出生证
- 申请人及其家庭成员的收入证明³ 复印件, 例如工资单、国内税务局或中央公积金局的结单、雇主证明信

¹ IDAPE 是由职总英康负责管理的一项政府援助计划。

² 家庭成员包括与申请人同住的父母、配偶、子女、兄弟姐妹和孙辈。

³ 该家庭全部收入来源的每月总收入 (包括租金和利息) 会一并考虑在内。对于有不同住一起的子女之申请人, 其子女所给的家用钱也必须包括在内。

我们在收到所需的全部资料后, 会尽速处理您的索赔, 并及时通知您索赔的结果。

若您需要协助, 请拨电 **6332 1133** 或发送电邮至 healthcare@income.com.sg 与职总英康保险合作社联络。

BORANG TUNTUTAN ElderShield/IDAPE

Kepada Pemegang Polisi/Pemohon

Kami bersimpati di atas keadaan kesihatan anda.

Untuk memproses tuntutan anda itu, sila:

1. Isikan borang tuntutan anda. Jika anda tidak berupaya mengisi borang tersebut, keluarga anda boleh membantu mengisi borang itu.
2. Hubungi klinik untuk membuat temu janji bersama pegawai penilaian untuk menilai kesihatan anda. Sila rujuk pada senarai nama-nama pegawai penilaian yang telah dilantik. Anda dikehendaki membayar yuran bagi penilaian anda.
3. Bawa bersama dokumen-dokumen berikut sewaktu penilaian itu
 - a. Borang Tuntutan anda yang telah dilengkapi
 - b. Rekod hospital atau rekod kesihatan yang lain, serta surat pengesahan pesakit (Inpatient discharge summary)
 - c. Ubat-ubat anda (jika ada)

Jika anda ingin membuat tuntutan di bawah Program (IDAPE)¹ iaitu Program Interim Bantuan Ketidakupayaan bagi Warga Emas, anda dinasihatkan untuk memuat turun borang "Means Test" (Ujian Means) daripada laman Kementerian Kesihatan (<http://www.moh.gov.sg/>), lengkapkannya and kirimkan bersama dokumen-dokumen sokongan yang berikut kepada:

IDAPE Scheme
PO Box 680
Bukit Merah Central Post Office
Singapore 911536

Dokumen sokongan untuk permohonan "Means Test" (Ujian Means):

- Borang Permohonan IDAPE bagi "Means Test" (Ujian Means) yang telah dilengkapi
- Salinan jelas NRIC (depan dan belakang) bagi pemohon dan ahli isi rumah² serta sijil kelahiran Singapura bagi ahli isi rumah yang berusia 15 tahun ke bawah
- Salinan jelas penyata surat pendapatan³ seperti slip gaji, penyata IRAS atau CPF, surat majikan bagi pemohon dan ahli isi rumah

¹ IDAPE ialah sebuah Skim Pemerintah yang dikendalikan oleh NTUC Income.

² Ahli isi rumah termasuk ibubapa, pasangan, anak-anak, adik-beradik dan cucu yang tinggal bersama di rumah pemohon.

³ Pendapatan bulanan kasar daripada semua sumber, termasuk pendapatan sewaan dan faedah bagi isi rumah juga diambilkira. Bagi pemohon yang tidak tinggal bersama anak, elaun yang diperolehi daripada anak perlu disertakan.

Kami akan memproses tuntutan anda setelah menerima segala dokumen yang diperlukan dan akan menghubungi anda secepat mungkin.

Jika anda memerlukan bantuan, sila hubungi kami di **6332 1133** atau emel kami di **healthcare@income.com.sg**.

எல்டர்ஜீல்சு/ ஐடேப் (IDAPE) கோரிக்கை படிவம்

அன்புள்ள பாலிசிதாரர் / விண்ணப்பதாரர்

தங்களுக்கு ஏற்பட்டுள்ள இயலாமை நிலை அறிந்து வருந்துகிறோம்.

மேற்கொண்டு நாங்கள் செயலாற்ற பின் வருவனவற்றை செய்யுங்கள் :

1. இணைக்கப்பட்டுள்ள கோரிக்கை படிவத்தை தங்களால் இயன்ற வரை பூர்த்தி செய்யுங்கள். தங்களால் இயலவில்லை என்றால், நெருங்கிய குடும்ப உறுப்பினரோ அல்லது தங்களைத் தற்போது கவனித்துக்கொள்பவரோ பூர்த்தி செய்யலாம்.
2. மருத்துவ பரிசோதனை செய்துகொள்ள நாள் குறிக்க மருந்தகத்தை அழையுங்கள். இணைக்கப்பட்டுள்ள நியமன ஆய்வாளர் பட்டியலைக் காண்க. மருத்துவ பரிசோதனை கட்டணத்தை நீங்கள் கொடுக்க வேண்டும் என்பதை தெரிவித்துக்கொள்கிறோம்.
3. பரிசோதனைக்கு செல்லும் போது பின் வருவனவற்றை எடுத்துச் செல்லுங்கள் :
 - a. பூர்த்தி செய்த கோரிக்கை படிவம்
 - b. உங்களிடம் இருக்கிற நோய் தொடர்பான தகவல்கள் (மருத்துவ அறிக்கைகள் மற்றும் மருத்துவமனையிலிருந்து வீட்டிற்குத் திரும்பியபோது தரப்பட்ட மருத்துவக் குறிப்புகள்)
 - c. உட்கொள்ளும் மருந்துகள் (அவை இருந்தால்)

முதியோருக்கான இடைக்கால இயலாமை உதவித் திட்டத்தின் (IDAPE)¹ கீழ் நீங்கள் சலுகைகள் கோர விரும்பினால், சுகாதார அமைச்சின் இணையத்தளத்திற்கு (<http://www.moh.gov.sg/>) சென்று, அதில் கொடுக்கப்பட்டிருக்கும் வருமான சோதனைப் படிவத்தை பதிவிறக்கம் செய்து, அதனைப் பூர்த்தி செய்து, பின்வரும் துணைப் பத்திரங்களுடன் கீழ்க்காணும் முகவரிக்கு அனுப்பி வைக்க உங்களுக்கு ஆலோசனை கூறப்படுகிறது:

IDAPE Scheme
PO Box 680
Bukit Merah Central Post Office
Singapore 911536

வருமானச் சோதனை விண்ணப்பத்திற்கான துணைப் பத்திரங்கள் :

- வருமானச் சோதனைக்கான பூர்த்தி செய்யப்பட்ட IDAPE விண்ணப்பப் படிவம்
- விண்ணப்பதாரர் மற்றும் குடும்ப உறுப்பினர்களின்² அடையாள அட்டைகளின் தெளிவான நகல்கள் (முன்புறம் மற்றும் பின்புறம்) & 15 வயதுக்குக் குறைந்த குடும்ப உறுப்பினர்களின் சிங்கப்பூர் பிறப்புச் சான்றிதழின் தெளிவான நகல்கள்
- விண்ணப்பதாரர் மற்றும் குடும்ப உறுப்பினர்களின் வருமான அறிக்கைகள்³, அதாவது, சம்பளப் படிவம், சிங்கப்பூர் உள்துறை வருவாய் ஆணையம் (IRAS) அறிக்கை அல்லது மசேநி அறிக்கை, முதலாளிகள் தரும் கடிதங்கள் போன்றவற்றின் தெளிவான நகல்கள்

¹ IDAPE என்பது என்டியூசி இன்கமினால் நிர்வகிக்கப்படும் ஓர் அரசாங்கத் திட்டமாகும்.

² குடும்ப உறுப்பினர்கள் என்பது, விண்ணப்பதாரருடன் சேர்ந்து ஒரே முகவரியில் வசிக்கும் பெற்றோர், வாழ்க்கைத்துணை, குழந்தைகள், உடன்பிறந்தவர்கள் மற்றும் பேரக்குழந்தைகள் அனைவரையும் உள்ளடக்கியது.

³ அனைத்து ஆதாரங்களிலிருந்தும் குடும்பத்திற்கு கிடைக்கப்பெறும் மொத்த மாத வருமானம், வாடகைப் பணம் மற்றும் வட்டி வருமானம் உட்பட, இதில் வருமானமாகக் கருதப்படும். விண்ணப்பதாரரிடமிருந்து விலகி வாழும் பிள்ளைகள் இருந்தால், அவர்களிடமிருந்து பெறப்படும் உதவித்தொகைகளும் இதில் கட்டாயம் சேர்த்துக் கொள்ளப்பட வேண்டும்.

அனைத்து தகவல்களும் சான்றிதழ்களும் எங்களுக்கு கிடைத்தவுடன் உங்கள் கோரிக்கையை பரிசீலனை செய்து முடிவை உங்களுக்கு தெரியப்படுத்துவோம்.

உங்களுக்கு உதவி தேவைப்பட்டால், தயவு செய்து **6332 1133** எண்ணுக்கு அழைக்கவும் அல்லது healthcare@income.com.sg என்று மின்னஞ்சல் செய்யவும்.

ELDERSHIELD/IDAPE CLAIM FORM

ElderShield Claim IDAPE Claim

If this is an ElderShield Claim, please complete the following:

Basic ElderShield Policy No. _____ Insurer: Aviva/Great Eastern/NTUC Income¹

ElderShield Supplement Policy No. _____ Insurer: Aviva/Great Eastern/NTUC Income¹

Particulars of Policyholder

POLICYHOLDER/APPLICANT				
Name of Policyholder/Applicant (as shown in NRIC)				
NRIC No.	Nationality	Date of Birth (dd/mm/yyyy)	Ethnic Group <input type="checkbox"/> Chinese <input type="checkbox"/> Indian <input type="checkbox"/> Malay <input type="checkbox"/> Others	Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Address				
Contact No. (H)	(Hp)		Email	
CAREGIVER				
Name of Caregiver (Full-time/Part-time) ¹				
Relationship to Policyholder/Applicant			NRIC No.	
Contact No. (O)	(H)	(Hp)	Email	
BANK ACCOUNT FOR BENEFITS PAYMENT ONCE CLAIM IS ADMITTED				
Note: For payment to third party (family member/caregiver), please complete the attached Letter of Undertaking & Indemnity.				
Name of Bank Account Holder			Bank Account No.	
Name of Bank			Name of Branch	
DETAILS OF CHILD BELOW AGE 21 (Applicable to PrimeShield only)				
Name of youngest child	Date of Birth (dd/mm/yyyy)	Place of Birth	Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
Birth Certificate No. (Please submit copy of birth certificate of child)		If the child is legally adopted, please state Date of Adoption (dd/mm/yyyy): _____ (Please submit copy of legal adoption papers)		

Medical History

1. Have you ever been admitted to a hospital in the last 5 years? Yes No If "Yes", please give details of the medical conditions and when it started.

Condition	Date Started (dd/mm/yyyy)

2. Please state other medical conditions, if any (e.g. stroke, hypertension, heart disease, diabetes mellitus), that you are suffering from.

3. Name and address of your regular doctor.

4. If disability is due to accident, please provide date of accident _____ (dd/mm/yyyy), and attach a copy of accident report.
If no report is available, please describe: (a) nature of the accident; and (b) extent of injuries sustained.

¹ Please delete whichever is not applicable.

Activities of Daily Living

Please tick against the box that most accurately describes the policyholder/applicant's ability.	Date Disability Started (dd/mm/yyyy)
1. Washing or bathing - Ability to wash in the bath or shower (including getting into and out of the bath or shower) or wash by other means. <input type="checkbox"/> No help is needed <input type="checkbox"/> Some help/supervision is needed (e.g. to wash the back, to wash hair) <input type="checkbox"/> Needs someone to help most of the time <input type="checkbox"/> Not able to do at all (needs to be washed or bathed entirely by caregiver)	
2. Dressing - Ability to put on, take off, secure and unfasten all garments (upper and lower) and, as appropriate, any braces, artificial limbs or other surgical or medical appliances. <input type="checkbox"/> No help is needed <input type="checkbox"/> Some help/supervision is needed (e.g. to button clothes, to put on trousers) <input type="checkbox"/> Needs someone to help most of the time <input type="checkbox"/> Not able to do at all (needs to be dressed entirely by caregiver)	
3. Feeding - Ability to feed oneself food after it has been prepared and made available. <input type="checkbox"/> No help is needed <input type="checkbox"/> Some help/supervision is needed (e.g. to scoop food, to put food into mouth) <input type="checkbox"/> Needs someone to help most of the time <input type="checkbox"/> Not able to do at all (needs caregiver to feed entirely or is tube-fed)	
4. Toileting - Ability to use the lavatory or manage bowel and bladder functions through the use of protective undergarments or surgical appliances if appropriate. <input type="checkbox"/> No help is needed <input type="checkbox"/> Some help/supervision is needed (e.g. to get on or off the toilet) <input type="checkbox"/> Needs someone to help most of the time <input type="checkbox"/> Not able to do at all (needs to be placed on the toilet and cleaned by caregiver) <input type="checkbox"/> Not able to do at all (needs caregiver to manage diapers and/or catheter)	
5. Transferring - Ability to move from a lying position on the bed to an upright chair or wheelchair, and vice versa. <input type="checkbox"/> No help is needed <input type="checkbox"/> Some help/supervision is needed (e.g. to be lifted up from lying position to sitting position from bed) <input type="checkbox"/> Needs someone to help most of the time <input type="checkbox"/> Not able to do at all (needs to be carried)	
6. Mobility - Ability to move indoors from room to room on level surfaces. <input type="checkbox"/> No help is needed <input type="checkbox"/> Some help/supervision is needed (e.g. to be supervised by someone closely in case of fall) <input type="checkbox"/> Needs someone to help most of the time <input type="checkbox"/> Not able to do at all (needs to be carried)	

Declaration

1. I hereby declare that the above statements are true and complete and I have not withheld any material fact from NTUC Income.
2. I agree that:
 - a. this declaration shall form part of my application for ElderShield/IDAPE benefits.
 - b. this claim signifies my consent to the Insurer to obtain medical information from any doctor whom I have consulted and I authorise the doctor to release such information to the Insurer.
 - c. the Insurer may release any relevant information concerning me (including my medical information) to any third party, which the Insurer deems necessary.
 - d. any third party who has received any information concerning me may also obtain medical information from any doctor whom I have consulted, and I authorise the doctor to release such information to the third party. The third party may also release relevant information concerning me (including my medical information) to any other party for any purposes related to my application or claim for ElderShield/IDAPE benefits.
 - e. a photocopy of this form shall be treated as valid and binding as if it were the original.

Name of Policyholder/Applicant	NRIC No.	Signature/Thumbprint of Policyholder/Applicant	Date (dd/mm/yyyy)

To be completed if form is filled up by family member/caregiver

Name of family member/caregiver ¹	Signature of family member/caregiver ¹
Relationship to Policyholder/Applicant	Date (dd/mm/yyyy)

¹ Please delete whichever is not applicable.

