

PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia

Sampoerna Strategic Square, South Tower, Jl Jend. Sudirman Kav. 45-46, Jakarta 12930
 Customer Contact Center : (62-21) 2555 7777 Telp.: (62-21) 2555 7788 Fax.: (62-21) 2555 7799 www.manulife-indonesia.com

- Semua pertanyaan pada Formulir Klaim & Surat Keterangan Dokter harus diisi dengan benar, lengkap dan jelas tanpa pembebanan kepada PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia. / *All questions in this Claim Form & Attending Physician's Statement should be answered correctly, completely & clearly, without any charge to PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia.*
- Untuk Klaim Manfaat Perawatan Rumah Sakit : Kwitansi asli (kecuali HCP) & perinciannya wajib dilampirkan. / *Hospitalization Claims : original receipt (except HCP) & details should be attached.*
- Dokumen pendukung dan hasil-hasil pemeriksaan penunjang wajib dilampirkan. / *Supporting documents and other examination results/tests should be attached.*
- Pengajuan klaim dan pembayaran manfaat tidak dikenakan biaya apapun, kecuali yang termasuk dalam ketentuan polis. / *No charge for claim submission & benefit payment except those stated in the policy condition.*
- Copy Identitas "Pemegang Polis" dan "Tertanggung/Tanggung" wajib dilampirkan. / *A photographic copy of "Policy Owner" and "Insured/Dependent" Identity should be attached.*
- Apabila Pemohon tinggal di Negara lain atau sedang berada di luar negeri dan meminta kerabat/orang lain yang tinggal di Indonesia untuk melakukan pengurusan, Pemohon harus memberikan surat kuasa kepada kerabat/pihak lain tersebut beserta KTP kerabat/pihak yang diberikan kuasa. / *If the Claimant is living in other country or staying abroad and requested his/her relative/other person living in Indonesia to conduct the claim process, the Claimant must provide a power of attorney to his/her relative or other person including the Identity card of the appointed attorney.*
- Untuk pengajuan klaim dari luar negeri, formulir klaim dan surat kuasa pengurusan (bila ada) harus ditandatangani dan dinotarisasi di depan pejabat notaris publik setempat serta dilegalisasi oleh pejabat konsulat jenderal/kedutaan besar Indonesia terdekat di Negara tempat tinggal atau Pemohon berada. / *To request claim from abroad, claim form and the power of attorney (if any) shall be executed and notarized before the local public notary and legalized by an official of Indonesian consulate general/ambassador office in the country where the Claimant lives or stay.*
- Berikan tanda silang (X) untuk jenis klaim yang diajukan. / *Mark (X) for type of claim submitted.*
- Harap menghubungi Customer Contact Center Manulife untuk memastikan jenis Formulir Klaim terbaru. / *Please Contact the Manulife's Contact Center to ensure the latest type of claim form.*

FORMULIR KLAIM MANFAAT PERTANGGUNGAN - ASURANSI INDIVIDU LIVING CLAIM FORM - INDIVIDUAL INSURANCE

NAMA PRODUK / PRODUCT NAME : _____

 Manfaat Perawatan Rumah Sakit / *Hospital Benefit*
 Penyakit Kritis / *Critical Illness*
 Cacat Hidup / *Disability*
 Lain-lain / *Others* : _____

KETERANGAN PEMEGANG POLIS & TERTANGGUNG/TANGGUNGAN / DATA OF POLICY OWNER & INSURED/DEPENDENT

Nomor Polis / *Policy Number* :

Nama Pemegang Polis / *Name of the Policy Owner* : _____

Nomor KTP / *ID Number* : _____

Tempat Tgl. Lahir, Usia / *Place and Date of Birth, Age* : _____, / Tahun / *Year*
 (tgl bln thn / dd mm yyyy)

Alamat Korespondensi (Jika berbeda dengan KTP) / _____
Correspondence Address (if different with ID) Kode Pos / *Zip Code* : _____

Telepon / *Telephone* : Ktr / *Off* : _____ Rmh / *Res* : _____ HP / *Cellphone* : _____

Faksimili / *Facsimile* : _____ E-mail : _____

Nama Tertanggung/Tanggung/ _____
Name of the Insured/Dependent

Nomor KTP / *ID Number* : _____

Tempat Tgl. Lahir, Usia / *Place and Date of Birth, Age* : _____, / Tahun / *Year*
 (tgl bln thn / dd mm yyyy)

Alamat Korespondensi (Jika berbeda dengan KTP) / _____
Correspondence Address (if different with ID) Kode Pos / *Zip Code* : _____

Jenis Kelamin / *Sex* : Laki-laki / *Male* Perempuan / *Female*

Hub. dgn Pemegang Polis / *Relationship with the Policy Owner* : Anak / *Child* Istri / *Wife* Suami / *Husband*
 Diri Sendiri / *Self the Insured* Lain-lain / *Others* : _____

Telah dirawat di Rumah Sakit oleh karena / *Hospitalized due to* : Sakit / *Illness* Kecelakaan / *Accident* Lain-lain / *Others* : _____

Tanggal / *Date* : Jam / *Hour* :
 (tgl bln thn / dd mm yyyy)

Berikan gambaran secara singkat & jelas mengenai gejala/kejadiannya. Apabila kolom yang disediakan tidak mencukupi, tambahkan keterangan di lembar tersendiri / *Please describe shortly & clearly of symptoms/event. If the space not enough, please use another sheet.*

 Apakah Tertanggung/Tanggung diasuransikan di perusahaan asuransi lain? / *Is the Insured/Dependent insured by other insurance companies?* Ya / *Yes* Tidak / *No*

 Nama Perusahaan Asuransi / *Name of Insurer*: _____ Nomor Polis/*Policy Number*: _____


Keterangan tambahan (Wajib diisi) :

Apakah Tertanggung/Tanggungannya/Yang Ditunjuk atau keluarga dekat Tertanggung/Tanggungannya/Yang Ditunjuk sedang atau pernah memegang jabatan di pemerintahan baik di dalam atau luar negeri ?/ *Have the insured/dependent/participant/beneficiary or their close family insured/dependent/beneficiary/everbeen become officer in the local government or abroad?* Ya / *Yes* Tidak / *No*

Bila Ya, mohon mengisi pertanyaan berikut / *If Yes, please answer the question below* :

a. Nama / *Name* : _____ b. Institusi / *Institution* : _____

c. Posisi / *Position*: _____ d. Masa jabatan / *Term of service* : _____

e. Negara / *Country*: _____

f. Hubungan dengan Tertanggung/Tanggungannya Yang ditunjuk : _____
Relationship with insured/dependent/participant/beneficiary/heir

Mohon diisi apabila Pemegang Polis adalah Pejabat yang bersangkutan / *Please answer if the policy owner is the officer* :

g. Sumber dana / *Resource of fund* : _____

Penerima Manfaat Pembayaran Klaim / *Payee of Claim Payment*

Apabila klaim disetujui, pembayaran akan di transfer ke / *If the claim payment is approved, the payment will be transferred to* :

Mata uang / *Currency* : Rupiah US\$

No Rekening / *Account Number* : _____

Nama Pemilik Rekening / *Account Holder Name* : _____

Nama Bank / *Bank Name* : _____

Cabang Bank / *Bank Branch Name* : _____

Negara / *Country of Bank* : _____

Kewarganegaraan / *Nationality* : _____

(Diisi jika bukan WNI / *Fill in if not Indonesian*)

Pembayaran harus ditujukan kepada Pemegang Polis. Jika tidak, mohon agar Pemegang Polis membuat surat kuasa kepada yang diberi kuasa untuk menerima manfaat dengan menjelaskan tujuan / alasannya. Biaya transfer dalam US\$, yang dibebankan oleh Bank Penanggung dan Bank Penerima ditanggung penerima. / *The payment should be paid to Policy Owner. If not, please make a power of attorney to the attorney for receiving benefit and fill up the Reason. Transfer fee in US\$ that is charged by Bank of Company and Bank Receiver, will be borne by Receiver.*

Saya, selaku Pemegang Polis bersama-sama dengan Tertanggung dan/atau Tanggungannya dan/atau Peserta ("saya") menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut diatas dengan benar, serta seluruh keterangan telah saya baca dan periksa kembali kebenarannya sebelum menandatangani form ini. Saya juga memahami bahwa jawaban dan keterangan tersebut di atas menjadi dasar Pertanggungannya dan tidak terpisahkan dari Polis yang diminta. Dengan ini saya memberi kuasa kepada PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia atau pihak yang diberi kuasa olehnya untuk memperoleh segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan saya dari Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Instansi Pemerintah, Perorangan atau Organisasi lainnya. / *I as a Policy Owner together with the Insured or dependent or participant ("I") declare that I have read, understood and answered all the questions above completely and correctly, all of the statement have read and recheck by me also. I also understand that all the answers and information above will be inseparable part of the policy I apply for. I hereby authorize to PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia or its authorized institution to give them any records or information on me and my health from doctor, clinic, hospital, public health centre, insurance company, legal institution, personal or other organizations.*

PEMEGANG POLIS / *POLICY OWNER*Tertanggung/Tanggungannya
(*Insured/Dependent*)_____
Tempat & Tanggal / *Place & Date*_____
Tandatangan & Nama / *Signature & Name*_____
Tandatangan & Nama / *Signature & Name*

SURAT KETERANGAN DOKTER / ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT

FORM : 3C

Untuk diisi dengan lengkap oleh Dokter yang merawat dan atau Dokter Bedah / *To be filled in by the attending physician or surgeon (for Surgery Treatment)*

Nama Pasien / *Name of the Patient* _____

Tempat Tgl. Lahir; Usia / *Place and Date of Birth; Age* _____, / Tahun / *Year*
(tgl bln thn / *dd mm yyyy*)

Jenis Kelamin / *Sex* Laki-laki / *Male* Perempuan / *Female*

Tanggal Perawatan / *Date of hospitalization* s.d = Hari
(tgl bln thn / *dd mm yyyy*) (tgl bln thn / *dd mm yyyy*) *days*

Tujuan Perawatan / *Purpose of Treatment* Observasi / *Observation* Diagnostik / *Diagnostic* Terapi / *Therapeutic*

Anamnesa / *Medical History*

Tanggal gejala atau keluhan pertama kali /
The date of symptoms occurred the first time on

Keluhan Utama / *Chief Complaint* _____ (tgl bln thn / *dd mm yyyy*)

Keluhan Tambahan / *Other Symptoms* _____ (tgl bln thn / *dd mm yyyy*)

Hasil pemeriksaan fisik, laboratorium, rontgen, CT-Scan, hasil PA, dll yang dilakukan / *Physical examination result, laboratory, xray, CT-Scan, clinical pathology result, etc*

Diagnosa / *Diagnose*

Tanggal Pertama kali terdiagnosa / *The date of first time underlying diagnose*

1. Diagnosa Utama / *Primary Diagnose* _____ (tgl bln thn / *dd mm yyyy*)

Penyebab Diagnosa Utama /
Underlying disease of Primaryy Diagnose _____ (tgl bln thn / *dd mm yyyy*)

2. Diagnosa Tambahan /
Secondary Diagnose _____ (tgl bln thn / *dd mm yyyy*)

Penyebab Diagnosa Tambahan /
Underlying disease of Secondary Diagnose _____ (tgl bln thn / *dd mm yyyy*)

Terapi atau tindakan / *Therapy of treatment* _____

Jika dilakukan pembedahan, mohon disebutkan jenis pembedahan tersebut /
If there's surgical, diagnostic and major medical illness procedures, please state the surgical procedure

Nama dan alamat dokter yang pernah merawat / merujuk untuk penyakit ini sebelumnya /
Name and address of referral doctor

Tanggal Pemeriksaan / *Date of Attended* (tgl bln thn / *dd mm yyyy*)

Diagnosa diatas berhubungan dengan dan atau disebabkan akibat / *The diagnose above is related to and or caused by*

- | | | | |
|--|----------------------------------|---------------------------------------|---|
| Penyakit Kejiwaan / <i>Mental Disorder</i> | <input type="checkbox"/> Neurosa | <input type="radio"/> Ya / <i>Yes</i> | <input type="radio"/> Tidak / <i>No</i> |
| | <input type="checkbox"/> Psikosa | <input type="radio"/> Ya / <i>Yes</i> | <input type="radio"/> Tidak / <i>No</i> |
| Kelainan Bawaan Sejak Lahir / <i>Congenital Anomaly</i> | | <input type="radio"/> Ya / <i>Yes</i> | <input type="radio"/> Tidak / <i>No</i> |
| Kehamilan / <i>Pregnancy</i> | | <input type="radio"/> Ya / <i>Yes</i> | <input type="radio"/> Tidak / <i>No</i> |
| HPHT <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (tgl bln thn / <i>dd mm yyyy</i>) | | | |
| Sterilisasi dan atau kontrasepsi / <i>Sterilization and or contraception</i> | | <input type="radio"/> Ya / <i>Yes</i> | <input type="radio"/> Tidak / <i>No</i> |
| Kosmetik atau estetika / <i>Cosmetic or esthetics</i> | | <input type="radio"/> Ya / <i>Yes</i> | <input type="radio"/> Tidak / <i>No</i> |
| Gigi atau jaringan penyangga / <i>Teeth or structures directly supporting teeth</i> | | <input type="radio"/> Ya / <i>Yes</i> | <input type="radio"/> Tidak / <i>No</i> |
| Infertilitas / <i>Infertility</i> | | <input type="radio"/> Ya / <i>Yes</i> | <input type="radio"/> Tidak / <i>No</i> |
| Kecelakaan / <i>Accident</i> | | <input type="radio"/> Ya / <i>Yes</i> | <input type="radio"/> Tidak / <i>No</i> |

Jika "Ya" / *If the answer is "Yes"*

- a. Tanggal Kecelakaan / *Date of injury* (tgl bln thn / *dd mm yyyy*)
- b. Kronologis Kecelakaan / *Detail of injury* _____
- c. Apakah menimbulkan cacat/gangguan fungsi secara tetap? / *Causing permanent deformity/dysfunction?* Ya / *Yes* Tidak / *No*
 Jika "Ya", berapa % gangguan fungsi atau cacat tetapnya? / *If "Yes", what is the percentage of the permanent deformity/dysfunction?* %
- d. Perkiraan waktu untuk penyembuhan? / *Estimation of recovery time?* Tahun / *Year* Bulan / *Month* Hari / *Day*

Riwayat Penyakit Dahulu / *Past Medical History for the current diagnosis*

Apakah pasien pernah mendapatkan perawatan sebelumnya untuk keadaan/penyakit ini? Ya / *Yes* Tidak / *No*
Has the patient ever been treated for this symptoms/illness before?

Jika jawabannya "Ya" / *If the answer is "Yes"* Rawat Jalan / *Outpatient* Rawat Inap / *Inpatient*

Tanggal konsultasi / rawat inap sebelumnya / *Past consultation / hospitalization* - - s.d to - - = Hari *days*
 (tgl bln thn / *dd mm yyyy*) (tgl bln thn / *dd mm yyyy*)

Diagnosa / *Diagnose* _____ Terapi / *Therapy* _____

Nama dokter / *Name of doctor* _____

Nama Rumah Sakit / *Name of hospital* _____

Riwayat Penyakit Dahulu yang tidak berhubungan dengan penyakit saat ini/ *Past Medical History that is not related to the current diagnosis*
 (Termasuk Penyakit berat, riwayat operasi sebelumnya / *Including major illness, any previous surgery, any current on going illness / chronic disease, e.g hypertension, diabetes*)

	Tanggal terdiagnosa pertama kali / <i>First time diagnosed</i>	Dokter / <i>Doctor</i>	Terapi <i>Therapy</i>
1. _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (tgl bln thn / <i>dd mm yyyy</i>)	_____	_____
2. _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (tgl bln thn / <i>dd mm yyyy</i>)	_____	_____
3. _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (tgl bln thn / <i>dd mm yyyy</i>)	_____	_____

Saya, sebagai dokter yang merawat pasien tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di halaman 3 dan 4 dengan lengkap dan benar. / *I, as a doctor who treated the patient, certify that I have read and answered the above questions at page 3 and 4 completely and correctly.*

Nama Dokter / *Name of Doctor* : _____

Nama Rumah Sakit / *Name of Hospital* : _____

Alamat Rumah Sakit / *Address of Hospital* : _____

Tempat & Tanggal / *Place & Date*

Tandatangan & Nama Dokter / SIP Dokter *Signature & Name of Doctor*

Cap Rumah Sakit / *Stamp of Hospital*