Manulife Financial

Bringing dreams to life

FORM : 3C

PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia
Sampoerna Strategic Square, South Tower, Lantai 3 - 17, Jl. Jend. Sudirman Kav 45, Jakarta 12930
Telp. : (62-21) 2555 7788 Fax. : (62-21) 2555 7799 Customer Contact Center : (62-21) 2555 7777 www.manulife-indonesia.com

- Semua pertanyaan pada Formulir Klaim harus diisi dengan benar, lengkap dan jelas tanpa pembebanan kepada PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia. / *All questions in this claim form should be answered correctly, completely & clearly, without any charge to PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia.*
- Dokumen & Hasil-hasil pemeriksaan penunjang,wajib dilampirkan. / *Documents & Supporting examination/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/Peserta" wajib dilampirkan. / *A photographic copy of "Policy Owner" and "Insured/Participant" 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 Indentity 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 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.*

FORMULIR KLAIM KETIDAKMAMPUAN TOTAL
TOTAL PERMANENT DISABILITY CLAIM FORM

☐ TPD (Total Permanent Disability) ☐ WP (Waiver of Premium) ☐ PB (Payor Benefit)

KETERANGAN PEMEGANG POLIS & TERTANGGUNG/PESERTA / *DATA OF POLICY OWNER & INSURED/PARTICIPANT*

Nomor Polis / *Policy Number* : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Nama Tertanggung/Peserta / *Name of Insured/Participant* : _____

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

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

Nama Pasien / *Name of the Patient* : _____

Tempat Tgl. Lahir, Usia / *Place and Date of Birth, Age* : _____ , ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ / ☐☐ Tahun / *Year*

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

Hub. dgn, Tertanggung/Peserta : ◯ Anak / *Child* ◯ Istri / *Wife* ◯ Suami / *Husband*

Relationship with the Insured/Participant ◯ 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* ☐☐ : ☐☐

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/Peserta diasuransikan di perusahaan asuransi lain ? / *Is the insured/participant by other insurance companies ?* ◯ Ya / *Yes* ◯ Tidak / *No*

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

Apabila klaim disetujui, pembayaran (jika ada) akan di transfer ke / *If the claim payment is approved, the payment (if any) will be transferred to* :

Mata uang / *Currency* : ◯ Rupiah ◯ US$

Nama / *Name* : _____

Bank / *Bank* ; Cabang / *Branch* : _____

No Rekening / *Account Number* : _____

Tujuan atau alasan / *Reason* : _____
(Jika Pembayaran tidak ke Pemegang Polis)

Hubungan / *Relation* : _____

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$, yang dibebankan oleh Bank Penanggung dan Bank Penerima ditanggung penerima / *The payment should be paid to Policy Owner. If not, please make a power of attorney to the appointed attorney for receiving benefit and fill up the Reason. Transfer fee in US$ that is charged by Bank of Company and Bank Receiver, will be borne by Receiver.*