FORM : 3C

KETERANGAN AKTIVITAS / *DATA OF ACTIVITY*

Tanggal terakhir bekerja / *Date of last working day*	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (tgl bln thn / *dd mm yyyy*)
Apakah Anda pada saat ini / *Are you at present* : a. Hanya dapat berbaring ? / *Only a lying position ?* Berikan gambaran secara singkat & jelas mengenai kegiatan sehari-hari / *Please describe shortly & clearly of activity everyday.* b. Hanya tinggal dirumah ? / *Only stay at home ?* Berikan gambaran secara singkat & jelas mengenai kegiatan sehari-hari / *Please describe shortly & clearly of activity everyday.* c. Dirawat di Rumah Sakit ? / *Being hospitalized ?* - Tanggal Perawatan / *Date of hospitalization* - Nama dokter / *Name of doctor* - Nama Rumah Sakit / *Name of hospital* - Alamat Rumah Sakit / *Address of hospital*	◯ Ya / *Yes* ◯ Tidak / *No* _____ _____ _____ ◯ Ya / *Yes* ◯ Tidak / *No* _____ _____ _____ ◯ Ya / *Yes* ◯ Tidak / *No* ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ s.d *to* ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ = ☐☐ Hari *days* _____ _____ _____
Apakah Anda menderita Ketidakmampuan untuk / *Have you been totally disabled for* : a. Melakukan seluruh kewajiban terhadap pekerjaan terakhirnya ? / *Performing the duties of your last occupation ?* b. Bekerja atau melakukan jenis pekerjaan yang sesuai dengan pendidikan, latihan atau pengalamannya, guna mendapatkan penghasilan atau keuntungan ? / *Performing any duty based on study, training or experience to get income ?*	◯ Ya / *Yes* ◯ Tidak / *No* ◯ Ya / *Yes* ◯ Tidak / *No*
a. Pernahkah Anda mencoba untuk bekerja semenjak menderita ketidakmampuan total ? / *Have you ever trying to work since totally disabled ?* b. Jika "YA", tanggal bekerja kembali / *If "YES", date of start of work*	◯ Ya / *Yes* ◯ Tidak / *No* ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (tgl bln thn / *dd mm yyyy*)
Nama dokter & Rumah Sakit selama menderita ketidakmampuan total / *Name of doctor & Hospital during since totally disabled* - Tanggal Perawatan / *Date of hospitalization* - Nama dokter / *Name of doctor* - Nama Rumah Sakit / *Name of hospital* - Alamat Rumah Sakit / *Address of hospital*	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (tgl bln thn / *dd mm yyyy*) s.d *to* ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (tgl bln thn / *dd mm yyyy*) = ☐☐ Hari *days* _____ _____ _____

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 Pertanggungan 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 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/PESERTA / *INSURED/PARTICIPANT*

_____ Tempat & Tanggal / *Place & Date*

_____ Tandatangan & Nama / *Signature & Name*

_____ Tandatangan & Nama / *Signature & Name*