Manulife

PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia
Group Life & Health Dept.
Sampoerna Strategic Square, South Tower, Lt.3-17, Jl. Jend. Sudirman Kav.45, Jakarta 12930
Tel : (62-21) 2555 7777 menu As. Kumpulan (0) (2) (1) Fax : (62-21) 2555 2233

FORMULIR KLAIM ASURANSI MELAHIRKAN KUMPULAN
GROUP MATERNITY INSURANCE CLAIM FORM

PETUNJUK PENGAJUAN KLAIM/ *GUIDELINE OF CLAIM SUBMISSION*

1. **Formulir ini harus diisi dengan lengkap, benar dan jelas. Klaim hanya dapat diproses bila semua dokumen telah dilengkapi.** */ This Form should be filled in correctly, completely and clearly. Claim is only going to be processed if all supporting documents are attached.*
2. **Klaim dapat diproses hanya bila semua dokumen pengajuan klaim (formulir klaim, kuitansi asli dengan perinciannya, fotokopi resep obat-obat, dan hasil pemeriksaan penunjang diagnostik) telah dilampirkan dengan lengkap.** */ Claim can be examine if all claim submission (claim form, original receipt with the details of treatment, copy of medicine prescription and other supporting diagnostic examination result) has been completely attached.*

BAGIAN A. KETERANGAN KEPESERTAAN POLIS/ *INFORMATION OF PARTICIPANT*
(diisi oleh peserta/ pihak yang mengajukan klaim/ *filled in by claimant*)

Pemegang Polis : *Policy Holder*	**Nomor Polis** : *Policy Number* .....

Nama Karyawan : *Employee's Name*	***Diisi bila pasien adalah istri karyawan:*** *To be filled should the patient is the employee's wife*
Tanggal Lahir : *Date of Birth*	**Nama Pasien** : *Patient's Name* .....
Nomor Sertifikat : *Certificate number*	**Tanggal Lahir** : *Date of Birth* .....
	Nomor Sertifikat : *Certificate Number* .....

Apakah klaim ini juga diajukan kepada Asuransi Individu PT AJ Manulife Indonesia atau perusahaan asuransi lain? ◯ **Ya** *Yes* ◯ **Tidak** *No*
Is this claim also submitted to individual insurance of PT AJ Manulife Indonesia or other insurance company?

Nama Perusahaan Asuransi : *Name of Insurance Company* .....
Alamat lengkap / *Full address* : .....
.....
Nomor Polis / *Policy number* : .....

Apakah pada saat kehamilan peserta pernah mendapatkan perawatan di Rumah Sakit ? ◯ **Ya** *Yes* ◯ **Tidak** *No*
Has the participant been hospitalized during the pregnancy ?

Jika Ya, sebutkan nama dokter : *If Yes, mention doctor's name* .....
Alamat lengkap / *Full address* : .....
.....
Tanggal berobat / *Date of treatment* : .....
Diagnosa / *Diagnose* : .....

Bila pengajuan klaim ini disetujui, maka pembayaran klaim akan dilakukan sesuai data nomor rekening yang sudah diberikan oleh Pemegang Polis. Bila ada perubahan, mohon diberikan surat pernyataan yang ditandatangani oleh Pemegang Polis. */ If this claim is approved, the claim payment will be transferred to the account number that has been given by the Policyholder. If there any changes, please provide the statement letter signed by Policyholder.*

Saya menyatakan bahwa: (i) saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar. Dengan ini saya memberi kuasa kepada setiap Dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, perusahaan asuransi, badan hukum, perorangan atau organisasi lainnya yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan kesehatan saya untuk memberitahukan kepada PT AJ Manulife Indonesia atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala keterangan mengenai diri dan kesehatan saya. Salinan dari pernyataan ini sama kuat dan sah seperti kuasa aslinya; dan (ii) saya memberikan kuasa dan persetujuan kepada PT AJ Manulife Indonesia atau pihak yang diberikan kuasa olehnya untuk menyediakan informasi mengenai saya/kami/peserta yang diperoleh dan dikumpulkan oleh PT AJ Manulife Indonesia atau afiliasinya kepada pihak berkepentingan (termasuk namun tidak terbatas pada reasuransi, penyidik klaim, dan asosiasi industri) yang memiliki kerjasama dengan PT AJ Manulife Indonesia untuk tujuan memproses formulir ini dan/atau memproses pembayaran klaim dan/atau melakukan proses lainnya yang terkait dengan polis saya/kami/peserta; (iii) Saya juga memberikan persetujuan saya kepada PT AJ Manulife Indonesia atau mereka yang diberikan kuasa olehnya untuk memberikan informasi medis milik saya kepada Departemen Sumber Daya Manusia pada perusahaan saya, broker asuransi dan/atau Forum Klaim Indonesia. */ Declare that: (i) I have read, understood and answered all the questions above completely and correctly. I hereby authorize any physician, clinic, hospital, public health center, insurance company, legal institution, personal or other organizations that has any records or information on the health of participant to inform PT AJ Manulife Indonesia or proxy, any explanation about my health- condition. A copy of this statement will be valid and true as the original.;(ii) I authorize and give my consent to PT AJ Manulife Indonesia or its proxy to provide any of my/our/participant's information obtained and collected by PT AJ Manulife Indonesia or its affiliation to any interested party (including but not limited to reinsurance, claim investigator and industry association) cooperating with PT AJ Manulife Indonesia for the purpose of processing this form and/or processing the payment claim and/or processing other process related to my/our/participant's policy; and (iii) I also give my consent to PT AJ Manulife Indonesia or its proxy to provide my own medical information to Human Resource Department of my company, insurance broker and/or any Indonesian Claim Forum.*

Ditandatangani di / *Sign in* .....
Dibuat oleh / *Made by*

Tanggal / *Dated* .....

.....
(Tanda tangan, nama jelas & stempel Perusahaan)
(signature, name, stamp of company)

Jabatan / *Position* **:** .....

.....
(Tanda tangan, nama jelas karyawan & keluarga karyawan)
(signature, name of employee / employee's family)

Manulife
PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia
Group Life & Health Dept.
Sampoerna Strategic Square, South Tower, Lt.3-17, Jl. Jend. Sudirman Kav.45, Jakarta 12930
Tel : (62-21) 2555 7777 menu As. Kumpulan (0) (2) (1) Fax : (62-21) 2555 2233

BAGIAN B. KETERANGAN DOKTER / *MEDICAL RESUME*

(diisi oleh dokter yang merawat / *Filled in by doctor-in-charge*)

Nama pasien / *Patient's name* : .....

Tanggal hari pertama haid terakhir ? : ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐ (**tgl/bln/thn**) *(d/m/y)*
Date of last first day menstruation ?

Usia kehamilan / *Duration of pregnancy* : ..... **minggu** / *weeks*

Tanggal perawatan : ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐ (**tgl/bln/thn**) *(d/m/y)*
Date of hospitalization

Apakah pada persalinan ini, pasien mengalami komplikasi/ penyakit dalam persalinannya ? ◯ **Ya** *Yes* ◯ **Tidak** *No*
Did the patient get any complication/ illness during her pregnancy ?

Jika Ya, Komplikasi/ penyakit yang dialami : .....
If Yes, The complication/ illness
.....
.....

Diagnosa / *Diagnose* : .....
.....

Obat-obat yang diberikan / *Treatment* : .....
.....

Operasi/ *Surgery* : .....
.....

Jika dirawat oleh lebih dari 1 (satu) dokter, sebutkan nama dokter dan spesialisasinya
If the patient was taken care by more than 1 (one doctor), please state the name and the specialization of the Doctor

.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

Nama Dokter / *Name of Doctor* : .....

Tempat & Tanggal *Place & Date*	**Tandatangan & Nama Dokter** *Signature & Name of Doctor*	**Cap Rumah Sakit** *Hospital Stamp*

WAJIB melampirkan Dokumen Pengajuan Klaim / *Claim Documents that must be submitted :*

- ◯ **Formulir Klaim yang di isi lengkap** / *Claim Form which is already filled in completely*
- ◯ **Kuitansi Pembayaran Asli** / *Original Official Receipt*
- ◯ **Copy hasil pemeriksaan Diagnostik (Laboratorium, Rontgen, CT Scan, EKG, MRI, dll)**
  Copy of diagnostic examination result (Laboratory test, Rontgen, CT Scan, ECG, MRI, etc)
- ◯ **Salinan resep** / *Copy of prescription*
- ◯ **Perincian Biaya** / *Detail Cost*