

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/Peserta" wajib dilampirkan. / *A photographic copy of "Policy Owner" and "Insured/Dependent/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 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 RAWAT JALAN/MANFAAT MELAHIRKAN ASURANSI INDIVIDU / OUTPATIENT/MATERNITY BENEFIT - INDIVIDUAL INSURANCE CLAIM FORM

Pemegang Polis : <i>Policy holder</i>	Nomor Polis : <i>Policy number</i>
Nama Tertanggung/ Peserta : <i>Participant Name</i>	Diisi bila pasien adalah Tanggungan : <i>To be filled if the patient is the dependent.</i>
Tanggal Lahir : <i>Date of Birth</i>	Nama Pasien : <i>Patient's Name</i>
Nomor Telephone : Ktr / Off : _____ Rmh / Res : _____ <i>Telephone number</i> HP / Cellphone : _____	Hubungan Keluarga : ☐ <i>istri</i> ☐ <i>suami</i> ☐ <i>anak</i> <i>wife</i> <i>husband</i> <i>child</i>
	Tanggal lahir : <i>Date of Birth</i>

Keterangan tambahan (Wajib diisi) :

Apakah Tertanggung/Tanggung/Peserta/Penerima Manfaat/Yang Ditunjuk/Wakil Ahli Waris atau keluarga dekat Tertanggung/Tanggung/Peserta/Penerima Manfaat/Yang Ditunjuk/Wakil Ahli Waris sedang atau pernah memegang jabatan di pemerintahan baik di dalam atau luar negeri ?/Have the insured/dependent/ participant/beneficiary/appointed/heirs or their close family insured/participant/beneficiary/appointed/heirs 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 denganTertanggung/Tanggung/Peserta/Penerima Manfaat/Yang ditunjuk/Wakil Ahli Waris : _____
Relationship with insured/dependent/participant/beneficiary/appointed/heir

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

Penerima Manfaat Pembayaran Klaim (diisi jika tidak menggunakan fasilitas cashless) / <i>Payee of Claim Payment (required if not using cashless facility)</i>	
Apabila klaim disetujui, pembayaran akan di transfer ke / <i>If the claim payment is approved, the payment will be transferred to</i> :	
Mata uang / <i>Currency</i>	: ☐ Rupiah ☐ US\$
No Rekening / <i>Account Number</i>	: _____
Nama Pemilik Rekening / <i>Account Holder Name</i>	: _____
Nama Bank / <i>Bank Name</i>	: _____
Cabang Bank / <i>Bank Branch Name</i>	: _____
Negara / <i>Country of Bank</i>	: _____
Kewarganegaraan / <i>Nationality</i>	: _____
(Diisi jika bukan WNI / <i>Fill in if not Indonesian</i>)	
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. / <i>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.</i>	

**PERNYATAAN PEMBERIAN KUASA
POWER OF ATTORNEY**

Saya, selaku Pemegang Polis bersama-sama dengan Tertanggung dan/atau Tanggungan 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 Pertanggung 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.*

Ditandatangani di / <i>Sign in</i>	Tanggal / <i>Dated</i>
Dibuat oleh / <i>Made by</i>	
.....	
(Tanda tangan, nama jelas Pemegang Polis) <i>(Signature, name, of Policy Owner)</i>	(Tanda tangan, nama jelas Tertanggung/Tanggung/Peserta) <i>(Signature, name of Insured/Dependent/Participant)</i>

1. Formulir Klaim ini berlaku juga untuk perawatan gigi/manfaat melahirkan, sesuai dengan pertanggung Tertanggung/Tanggung/Peserta dalam polis./ *this form claim can be used for treatment that related to dental/maternity, according to participant's benefit in policy*
2. Fotokopi dari formulir ini akan berlaku seperti aslinya/ *Copy of this Form should be as valid and legal as the original*

RESUME MEDIS / MEDICAL RESUME

Tanggal Pelayanan / Date of Treatment

:

(tgl bln thn / dd mm yyyy)

Anamnesa / Symptoms

:

Diagnosis Lengkap / Complete Diagnose

:

Penyakit ini termasuk
This illness is categorized as

:

☐ Tumor
Tumor

☐ Kelainan Bawaan
Congenital

☐ Kejiwaan
Psychiatric

☐ Kelamin
STD

☐ Kelainan Tumbuh Kembang
Development Disorder

☐ Lainnya
Others

Penyebab Diagnosa
Underlying disease that diagnose

:

Tindakan Medis / Medical Treatment

:

(Jika tindakan medis lebih dari 1 (satu), harap melampirkan perincian biaya / If the medical treatment is more than 1 (one), please attached the details of receipt)

Indikasi Tindakan / Indication

:

☐ Indikasi Medis
Medical Indication

☐ Indikasi Kosmetik
Cosmetic Indication

Obat-Obatan / Medicine

:

Pemeriksaan Penunjang
Supporting Examination

:

Khusus Perawatan Gigi / Special for Dental Treatment :

Jenis Tindakan

:

☐ Konsultasi

☐ Pembersihan karang

☐ Tambal Analgam

☐ Cabut Gigi

☐ Perawatan akar Gigi

☐ Ronten Gigi

☐ Lain-lain :

Gigi Permanent (Gigi Tetap)

Atas Kanan

Atas Kiri

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Gigi deciduous (Gigi Susu)

Atas Kanan

Atas Kiri

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

Tanggal Kontrol kembali

:

Date of next Consultation

KHUSUS UNTUK MANFAAT MELAHIRKAN / SPECIAL FOR MATERNITY TREATMENT

Anamnesa / Symptoms

:

Diagnosis Lengkap / Complete Diagnose

:

G.....P.....A.....usia kehamilan : minggu

Apabila dilakukan tindakan section caesaria, mohon penjelasan / if she need section caesarian, please explain :

a. Indikasi dilakukannya tindakan section caesaria / Indication of section caesarian :

b. Kondisi air ketuban / Fetal membrane condition :

Jika indikasi sectio caesaria dikarenakan riwayat section caesaria sebelumnya, mohon informasi mengenai indikasi riwayat section caesaria sebelumnya / if the indication is because of history previous section caesaria, please information about the previous section caesaria :

Mohon penjelasan keadaan bayi yang baru lahir / Please explain about the newborn baby :

Berat badan lahir / Birth Weight

:

..... gram

Panjang Badan / Body Length

:

..... cm

Lingkar Kepala / Head Circumference

:

..... cm

Apgar score : /

Bila terdapat kelainan kongenital, mohon penjelasan / Please explanation if there is a congenital abnormality :

Terapi yang diberikan / Therapy :

Ibu / Mother :

Anak / Baby :

INFORMASI PEMBERI PELAYANAN KESEHATAN / INFORMATION OF HEALTH INSTITUTION PROVIDER

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

:

Spesialis / Specialist

:

Lokasi Pelayanan / Location

:

☐ Praktek Pribadi
Practitioner

☐ Klinik
Clinic

☐ Rumah Sakit
Hospital

Nama Klinik / Rumah Sakit
Name of the Clinic / Hospital

:

Alamat Lengkap
Full Address

:

Kota / City :

No. Telepon / Phone No.

Tempat & Tanggal
Place & Date

tanda tangan & Nama Dokter
Signature & Name of Doctor

Cap Dokter/Klinik/Rumah Sakit
Doctor/Clinic/Hospital Stamp