

- ISI/LENKAPI/CORET APABILA PERLU | BERI TANDA "√" DALAM KOTAK PERTANYAAN PILIHAN | JIKA PENGISIAN SALAH HARAP DICORET DAN DITANDATANGANI (DILARANG MENGGUNAKAN TIP EX) | DATA WAJIB DIISI DENGAN BENAR & LENGKAP | JANGAN MENANDATANGANI FORMULIR DENGAN KEADAAN KOSONG  
 FILL/COMPLETE/CROSSED OUT IF NECESSARY | GIVE THE SIGN "√" INSIDE THE BOX QUESTION | PLEASE CROSSED OUT & SIGNED IF FILLING INCORRECT (DO NOT USE TIPE EX) | DATA MUST BE FILLED IN CORRECTLY AND COMPLETELY

LIVF2019-01

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

### KLAIM APA YANG INGIN ANDA AJUKAN? WHICH TYPE OF CLAIM THAT YOU'D LIKE TO SUBMIT?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Manfaat Perawatan Rumah Sakit/Hospital Benefit  | <input type="checkbox"/> Penyakit Kritis/Critical Illness                          |
| <input type="checkbox"/> Manfaat Santunan Rumah Sakit/Hospital Cash Plan | <input type="checkbox"/> Lain-lain, mohon disebutkan/Others, please specify below: |
| <input type="checkbox"/> Cacat Hidup/Disability                          | _____  |

Nomor Polis atau Sertifikat :   
 Policy or Certificate Number

### 1 KETERANGAN YANG MENGAJUKAN KLAIM CLAIMANT'S DATA

Telepon/Phone : Rumah/Kantor :  -  -   
 Home/Office Kode Negara Kode Area  
 Country Code Area Code

Seluler :  -   
 Handphone Kode Negara  
 Country Code

Email/Email :

Hanya diisi jika ada perubahan atau klaim diajukan selain oleh Pemegang Polis.  
 Only filled if there are any changes or if the claim is submitted other than by the Policyholder.

Nama Pemegang Kuasa dari :   
 Pemegang Polis Name of the Policyholder/s Proxy

Tanggal Lahir :  /  /  (tgl/bln/thn)  
 Date of Birth (dd/mm/yy)

Alamat Korespondensi :   
 Correspondence Address

Kota/City :

Negara/Country :

Kode Pos/Zip Code :

### 2 DATA TERTANGGUNG DATA OF THE INSURED

Nama Tertanggung/Tanggung/ :   
 Peserta/Peserta Tambahan Name of Insured/Dependent/  
 Participant/Additional Participant

Berikan gambaran secara singkat & jelas mengenai gejala / kejadian. 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.



- Memperoleh dan melakukan verifikasi terhadap data/informasi mengenai diri, keadaan dan kesehatan atas diri saya/kami dari Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Bank, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Instansi Pemerintah, Perorangan atau Organisasi lainnya dan bertanggung jawab atas segala isinya.  
*Obtain and verify any data/information of my/our being, condition and health from the Doctor, Clinic, Hospital, Public Health Centre, Bank, Insurance Company, Legal Entity, Government Institution, Personal or other Organization and responsible for any content.*
- Menggunakan, mengungkapkan, menyediakan data/informasi mengenai saya/kami yang diperoleh dan dikumpulkan oleh Manulife atau afiliasinya kepada pihak yang berkepentingan (termasuk namun tidak terbatas pada pihak reasuransi, penyidik klaim, bank/lembaga keuangan, asosiasi industri dan badan hukum lain, baik di dalam maupun di luar negeri) baik yang memiliki kerja sama atau tidak dengan Manulife atau afiliasinya untuk tujuan pembayaran klaim dan/atau melakukan proses lainnya yang terkait dengan Polis saya/kami maupun untuk penawaran produk asuransi atau produk keuangan lain, untuk tujuan pencegahan anti pencucian uang, suap dan anti-teroris atau terkait dengan sanksi ekonomi, yang berkaitan dengan proses pidana/perdata atau proses arbitrase, investigasi, audit atau pemeriksaan (termasuk penyelidikan internal, audit atau pemeriksaan) yang Manulife, afiliasi, karyawan atau agen dikenakan atau untuk tujuan lain sebagaimana yang diperkenankan oleh pedoman Manulife dan kode etik Manulife, hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.  
*Use, disclose, provide my/our data/information obtained and collected by Manulife or its affiliates to interested parties (including but not limited to the reinsurance, claims investigators, banks/financial institutions, industry associations and other legal entities, both local or abroad) whether or not in cooperation with Manulife or its affiliates for the purpose of claim payment and/or other processes associated with my/our Policy or for the purpose of other insurance or financial products offering, prevention of anti-money laundering, bribery and anti-terrorist or economic sanctions which relating to any criminal/civil or arbitral proceedings, investigations, audits or inspections (including internal investigation, audit or inspection) to which Manulife, its affiliates, employee or agent is subject to or for other purposes as permitted by the applicable Manulife guidelines and Manulife code of conduct, laws and regulations.*

Ditandatangani di : \_\_\_\_\_  
Signed ini

Tanggal : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (tgl/bln/thn) / (dd/mm/yy)  
Date

PEMEGANG POLIS POLICYHOLDER
<p>MATERAI</p> <hr style="width: 30%; margin: 0 auto;"/> <p>Tanda Tangan dan Nama Jelas Signature and Full Name</p>

TERTANGGUNG/TANGGUGAN/PESERTA/PESERTA TAMBAHAN INSURED/DEPENDENT/PARTICIPANT
<p>MATERAI</p> <hr style="width: 30%; margin: 0 auto;"/> <p>Tanda Tangan dan Nama Jelas Signature and Full Name</p>

### INFORMASI PENTING / IMPORTANT INFORMATION

- Apabila pemohon tinggal atau sedang berada di luar negeri dan meminta kerabat atau pihak lain yang tinggal di Indonesia untuk mengajukan klaim, pemohon harus memberikan surat kuasa kepada kerabat atau pihak lain tersebut beserta KTP kerabat/pihak lain yang diberikan kuasa.  
*If the claimant lives or is in abroad and requests his/her relative or other person who lives in Indonesia to submit the claim, the claimant must provide a power of attorney to his/her relative or other person attached with the identity card of the relative/other person appointed as the claimant attorney.*
- Untuk pengajuan klaim dari luar negeri, formulir klaim dan surat kuasa untuk pengajuan klaim (jika ada) harus ditandatangani dan dinotarisasi di depan pejabat notaris atau publik setempat serta dilegalisasi oleh pejabat konsulat jenderal atau kedutaan besar Indonesia di lokasi terdekat di negara tempat tinggal atau pemohon berada.  
*For any claim submission from abroad, the claim form and the power of attorney (if any) must be executed and notarized before the local public notary and legalized by an official of the Indonesian consulate general or ambassador in the country where the claimant lives or stay.*

### PERSYARATAN DOKUMEN PENGAJUAN KLAIM / REQUIRED DOCUMENTS FOR CLAIM SUBMISSION

- Surat keterangan dokter yang telah diisi (Bagian dari formulir ini)  
*Filled Attending Physician's Statement (part of this form)*
- Fotokopi legalisir hasil-hasil pemeriksaan penunjang yang telah dilakukan (hasil laboratorium/Rontgen/CT Scan/MRI dll)  
*Legalized photocopy the result's of other tests (Laboratory's/Rontgen's/CT Scan's/ MRI's results, etc)*
- Surat keterangan dari Rumah Sakit (jika kamar sesuai plan tidak tersedia)  
*Certificate from the Hospital (if room type according to the plan is not available)*

Bila terdapat perubahan atau identitas terbaru, harap melampirkan dokumen berikut:

*If there are any changes or issuance of new ID please enclosed one of the following:*

- |  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| 1. Identitas Pemegang Polis<br>Policy Holder ID                | : | <input type="checkbox"/> KTP<br>ID Card | <input type="checkbox"/> Kartu Keluarga/Akte Lahir*<br>Family Card/Birth Certificate* | <input type="checkbox"/> Paspor (Khusus WNA)<br>Passport (Foreigner Only) |
| 2. Identitas Peserta / Tertanggung<br>Insured / Participant ID | : | <input type="checkbox"/> KTP<br>ID Card | <input type="checkbox"/> Kartu Keluarga/Akte Lahir*<br>Family Card/Birth Certificate* | <input type="checkbox"/> Paspor (Khusus WNA)<br>Passport (Foreigner Only) |

\*WNI < 17 tahun / for customer < 17 years old

• ISI/LENGKAPI/CORET APABILA PERLU | BERI TANDA "✓" DALAM KOTAK PERTANYAAN PILIHAN | JIKA PENGISIAN SALAH, HARAP DICORET DAN DITANDATANGANI (DILARANG MENGGUNAKAN TIP-EX) | DATA WAJIB DIISI DENGAN BENAR DAN LENGKAP.  
 FILL/COMPLETE/CROSS OUT IF NECESSARY | TICK "✓" INSIDE THE BOX OF QUESTION | PLEASE CROSS OUT AND SIGN FOR CORRECTIONS IN FILLING THE DOCUMENT (DO NOT USE CORRECTION PEN OR LIQUID) | DATA MUST BE FILLED CORRECTLY AND COMPLETELY.

**SURAT KETERANGAN DOKTER - KLAIM MANFAAT**  
**ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT - LIVING CLAIM**

Nama Pasien / Name of the Patient :

Tanggal Lahir / Date of Birth :  /  /  (tanggal/bulan/tahun) / (dd/mm/yyyy)

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

Tanggal Perawatan / Date of Hospitalization :  /  /   /  /  = \_\_\_\_\_ Hari Days  
 (tanggal/bulan/tahun) / (dd/mm/yyyy) (tanggal/bulan/tahun) / (dd/mm/yyyy)

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

Keluhan Utama / Chief Complaint :

Tanggal gejala atau keluhan pertama kali :  /  /  (tgl/bln/thn)  
 The date of symptoms occurred the first time on (dd/mm/yy)

Keluhan Tambahan / Other Complaint :

Tanggal gejala atau keluhan pertama kali :  /  /  (tgl/bln/thn)  
 The date of symptoms occurred the first time on (dd/mm/yy)

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**

Diagnosa Utama:  
 Primary Diagnose

Tanggal Pertama kali terdiagnosa

The date of first time underlying diagnose

/  /  (tgl/bln/thn)  
 (dd/mm/yy)

Penyebab Diagnosa Utama:  
 Underlying disease of Primary Diagnose

/  /  (tgl/bln/thn)  
 (dd/mm/yy)

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:

Diagnosa Tambahan:

Underlying disease of Secondary Diagnose:

/  /  (tgl/bln/thn)  
(dd/mm/yy)

Penyebab Diagnosa Tambahan:

Underlying disease of Secondary Diagnose:

/  /  (tgl/bln/thn)  
(dd/mm/yy)

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:

Diagnosa utama diatas berhubungan dengan dan atau disebabkan akibat:

The primary diagnose above is related to and caused by:

Penyakit Kejiwaan/Mental Disorder :  Neurosa  Ya/Yes  Tidak/No

Neurosa  Ya/Yes  Tidak/No

Kelainan Bawaan Sejak Lahir :  Ya/Yes  Tidak/No

Congenital Anomaly

Kehamilan/Pregnancy :  Ya/Yes  Tidak/No

Hari Pertama Haid Terakhir :  /  /  (tgl/bln/thn)

The first day of last menstruation

(dd/mm/yy)

Sterilisasi dan atau Kontrasepsi :  Ya/Yes  Tidak/No

Sterilization and or contraception

Kosmetik atau estetika :  Ya/Yes  Tidak/No

Cosmetic or esthetics

Gigi atau jaringan penyangga :  Ya/Yes  Tidak/No

Teeth or structures directly supporting teeth

Infertilitas/Infertility :  Ya/Yes  Tidak/No

Kecelakaan/Accident :  Ya/Yes  Tidak/No

Jika jawaban "Ya" untuk kecelakaan:

If the answer is "Yes" for the accident:

a. Tanggal Kecelakaan :  /  /  (tgl/bln/thn)

Date of injury

(dd/mm/yy)

b. Kronologis Kecelakaan :

Detail of injury

c. Apakah menimbulkan cacat/gangguan fungsi secara tetap? :  Ya/Yes  Tidak/No

(Jika "Ya", berapa % gangguan fungsi atau cacat tetapnya?)

Causing permanent deformity/dysfunction ?

(If "Yes", what is the percentage of the permanent deformity/dysfunction?)

%

d. Perkiraan waktu untuk penyembuhan? :  Tahun/Years  Bulan/Months  Hari/Days

Estimation of recovery time?

Riwayat Penyakit Dahulu yang Berhubungan dengan Diagnosa Utama:

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 :  /  /  (tgl/bln/thn) s/d  /  /  (tgl/bln/thn)  
 Date of Consultation/Hospitalization (dd/mm/yy) to (dd/mm/yy)  
  Hari/Days

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)

Riwayat Penyakit Dahulu Past Medical History:	Tgl Terdiagnosa Pertama Kali First Time Diagnosed	Dokter Doctor	Terapi Therapy

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 :

Nama Rumah Sakit :   
 Name of Hospital

Alamat Rumah Sakit :   
 Address of Hospital

Ditandatangani di : \_\_\_\_\_  
 Signed ini

Tanggal : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (tgl/bln/thn) / (dd/mm/yy)  
 Date

DOKTER DOCTOR
MATERAI
_____ Tanda Tangan dan Nama Dokter Signature and Name of Doctor

CAP RUMAH SAKIT/KLINIK HOSPITAL / CLINIC STAMP