

- ISI/LENGGAPI/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.

OPTF2019-01

FORMULIR KLAIM MANFAAT RAWAT JALAN - ASURANSI INDIVIDU
OUTPATIENT BENEFIT CLAIM FORM - INDIVIDUAL INSURANCE

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

Manfaat Perawatan Gigi / Dental Benefit Manfaat Perawatan Melahirkan / Maternity Benefit
 Manfaat Rawat Jalan / Outpatient Benefit

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

Nama Pasien/Patient Name :

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 Klaim :

Name of Claimant'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 KETERANGAN TAMBAHAN
ADDITIONAL INFORMATION

Apakah Pemegang Polis sedang atau pernah memegang jabatan di Lembaga pemerintahan, Lembaga Negara, dan/atau Partai Politik di dalam atau di luar negeri ? Ya Tidak

Does the Policyholder is or was holding positions in the Government Agencies, State Institutions, and/or Political party in domestic or overseas ? Yes No

Bila Ya, mohon mengisi pertanyaan berikut
If Yes, please answer the following question

Nama : _____ Masa jabatan : _____

Name Term of Service

Institusi : _____
Institution

Negara : _____
Country

Posisi : _____
Position

3 PENERIMA MANFAAT PEMBAYARAN KLAIM PAYEE OF CLAIM PAYMENT

Apabila klaim disetujui, pembayaran akan ditransfer ke:
If the claim payment is approved, the payment will be transferred to:

Mata Uang : Rupiah USD
Currency

Nama Pemilik Rekening : _____
Account Holder Name

No. Rekening : _____
Account Number

Nama Bank : _____
Bank Name

Cabang Bank : _____
Bank Branch

Negara : _____
Country

NPWP : _____
Tax Payer Registration Number

Pembayaran harus ditujukan kepada Pemegang Polis. Jika tidak, mohon agar Pemegang Polis membuat surat kuasa kepada yang dibari kuasa untuk menerima manfaat dengan menjelaskan alasannya, Biaya transfer dalam USD, yang dibebankan oleh Bank Penanggung dan Bank Penerima ditanggung oleh pemilik rekening tujuan/rekening penerima

The payment must be paid to the Policyholder. If not, please provide power of attorney for the appointed person to receive the benefit along with the reason. Fee for transfer in USD charged by Bank of the Insurer and the Recipient Bank will be charged to the destination/recipient account holder.

4 PERNYATAAN DARI YANG MENGAJUKAN KLAIM CLAIMANT'S DECLARATION

Saya/Kami, sebagai Pemegang Polis dan/atau Yang Ditunjuk/Penerima Manfaat menyatakan setuju bahwa
I/We as Policyholder and/or Beneficiary agree that:

Saya/Kami telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan pada formulir klaim ini dengan lengkap dan benar. Oleh karenanya, saya/kami dengan ini memberi kuasa yang tidak dapat ditarik kembali kepada Manulife dengan hak substitusi untuk:

I/We have read, understood and answered all the questions in this claim form completely and correctly. Therefore, I/we hereby grant the irrevocable power of attorney to Manulife to:

- 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 afliasinya 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 afliasinya 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, afliasi, 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 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

MATERAI

Tanda Tangan dan Nama Jelas
Signature and Full Name

PEMEGANG POLIS/YANG DITUNJUK/PEMERIMA MANFAAT
POLICYHOLDER/BENEFICIARY

Tanda Tangan dan Nama Jelas
Signature and Full Name

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 is living or staying abroad and requested his/her relative or other person who's living in Indonesia to submit claim, 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 atau publik setempat serta dilegalisasi oleh pejabat konsulat jenderal atau kedutaan besar Indonesia di lokasi terdekat di negara tempat tinggal atau pemohon berada. Dimana pemegang polis/yang ditunjuk/penerima manfaat yang ditunjuk 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 or ambassador in the country where the claimant lives or stay.

• 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.

Untuk diisi dengan lengkap oleh Pemegang Polis, Yang Ditunjuk/Penerima Manfaat atau pemegang kuasa dari Yang Ditunjuk
To be filled out completely by the Policyholder, Beneficiary or the Beneficiary's proxy

SURAT KETERANGAN DOKTER
ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT

Tanggal Pelayanan : / / (tgl/bln/thn)
Date of Treatment (dd/mm/yy)

Anamnesa :
Symptoms

Diagnosis Lengkap :
Complete Diagnose

Penyakit ini termasuk : Tumor / **Tumor** Kelainan Bawaan / **Congenital**
This illness is categorized as Kelamin / **STD** Kelainan Tumbuh Kembang / **Development Disorder**
 Kejiwaan/ **Psychiatric** Lainnya / **Others** : _____

Penyebab Diagnosa :
Underlying disease that diagnose

Tindakan Medis :
Medical Treatment
(Jika tindakan medis lebih dari 1 (satu), harap melampirkan rincian biaya)
(If the medical treatment is more than 1 (one), please attached the details of receipt)

Indikasi Tindakan : Indikasi Medis / **Medical Indication** Indikasi Kosmetik / **Cosmetic Indication**
Indication Indikasi Kosmetik / **Cosmetic Indication**

Obat-Obatan :
Medicine

Pemeriksaan Penunjang :
Supporting Examination

KHUSUS PERAWATAN GIGI
DENTAL TREATMENT

Jenis Tindakan : Konsultasi / **Consultation** Tambal Amalgam / **Amalgam Patch**
Type of Action Perawatan Akar Gigi / **Root Treatment** Cabut Gigi / **Tooth Extraction**
 Pembersihan Karang / **Scaling** Lainnya / **Others** : _____
 Rontgen Gigi / **Dental Rontgen**

Gigi Permanen (Gigi Tetap) :

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

Adult Teeth

Gigi Deciduous (Gigi Susu) :

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

Deciduous Teeth (Milk Teeth)

Tanggal Pelayanan : / / (tgl/bln/thn)
Date of Treatment (dd/mm/yy)

KHUSUS UNTUK PERAWATAN MELAHIRKAN
SPECIFICATION FOR MATERNITY TREATMENT

Anamnesa :

Jenis Tindakan : Gravid : _____ Partus : _____ Abortus : _____
 Type of Action Gravid Partus Abortus

Jenis Tindakan : Melahirkan Normal Ya Tidak
 Type of Action Normal Delivery Yes No

Melahirkan normal dengan bantuan Ya Tidak
 Normal Delivery with vacuum/forceps Yes No

Melahirkan dengan pembedahan Ya Tidak
 Section Caesarian Yes No

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 : Gr
 Birth Weight Gr

Tinggi Badan Lahir : Cm
 Birth Height Cm

Lingkar Kepala : Cm
 Head Circumference Cm

Skor Apgar :
 Apgar Score

Bila terdapat kelainan kongenital, mohon penjelasan:
 Please explain if there are any congenital abnormality:

Ibu :
 Mother

Anak :
 Baby

PERNYATAAN DOKTER YANG MERAWAT
ATTENDING PHYSICIAN STATEMENT

Saya sebagai dokter yang merawat pasien di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar

I as a doctor who treated 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
_____ Tanda Tangan dan Nama Jelas Signature and Full Name

CAP RUMAH SAKIT/KLINIK HOSPITAL/CLINIC STAMP
_____ Tanda Tangan dan Nama Jelas Signature and Full Name