

Apakah Tertanggung/Tanggung/Peserta/Peserta Tambahan diasuransikan di perusahaan asuransi lain?
Is the Insured/Dependent/Participant/Additional Participant insured by other insurance companies?

Ya Tidak
Yes No

Jika Ya / If Yes

Nama Perusahaan Asuransi : _____
Name of Insurance Company

Nomor Polis : _____
Policy Number:

03

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?
Does the Policyholder is or was holding positions in the Government Agencies, State Institutions, and/or Political party in domestic or overseas?

Ya Tidak
Yes No

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

Nama : _____ Masa Jabatan : _____
Name Term of Service

Institusi : _____ Negara : _____
Institutions Country

Posisi : _____
Position

04

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

Nomor Rekening : _____
Account Number

Nama Bank : _____
Bank Name

Cabang Bank : _____
Bank Branch

Negara : _____
Country of bank

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 USD, yang dibebankan oleh Bank Penanggung dan Bank Penerima ditanggung penerima.

The payment must be paid to Policyholder. If is not, please make a power of attorney to the appointed attorney for receiving benefit and fill up the Reason. Transfer fee in USD that is charged by Bank of Company and Bank Receiver, will be charged to the Receiver.

Saya/Kami, sebagai Pemegang Polis dan/atau Tertanggung dan/atau Tanggungan menyatakan setuju bahwa:
 I/We, as the Policyholder and/or Insured and/or Dependent agree that:

Saya/Kami telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan pada formulir klaim ini dengan lengkap dan benar. Saya/Kami juga memahami bahwa keterangan tersebut di atas menjadi dasar Pertanggungan dan tidak terpisahkan dari Polis yang diminta. 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. I/We also understand that all information provided above will be used as the basic for Insurance and constitutes as inseparable part of the Policy I/we applied for. Therefore, I/we hereby grant the irrevocable power of attorney 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 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 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 in : _____

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

Pemegang Polis Policyholder	Tertanggung/Tanggung/Peserta/Peserta Tambahan Insured/Dependent/Participant
MATERAI	
Tandatangan & Nama / Signature & Name	Tandatangan & Nama / Signature & 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 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)

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:

- Identitas Pemegang Polis
 Policy Holder ID : KTP / ID Card Paspor (Khusus WNA) / Passport (Foreigner Only)
 KK/Akte Lahir* / Family Card/Birth Certificate
- Identitas Peserta / Tertanggung
 Insured / Participant ID : KTP / ID Card Paspor (Khusus WNA) / Passport (Foreigner Only)
 KK/Akte Lahir* / Family Card/Birth Certificate

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

ISI/LENGKAPI/CORET APABILA PERLU | BERI TANDA DALAM KOTAK PERTANYAAN PILIHAN | JIKA PENGISIAN SALAH HARAP DICORET & 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

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

Nama Pasien :
 Name of the Patient

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

Jenis Kelamin :
 Sex

Tanggal Perawatan : / / s/d / / - Hari
 Date of Hospitalization (tgl/bln/thn) (dd/mm/yy) (dd/mm/yy) Days

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

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:

Tanggal Pertama kali terdiagnosa
 The date of first time underlying diagnose

Diagnosa Utama:
 Primary 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: / / (tgl/bln/thn)
Underlying disease of Secondary Diagnose: (dd/mm/yy)

Penyebab Diagnosa Tambahan: / / (tgl/bln/thn)
Underlying disease of Secondary Diagnose: (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 : Neurosa Ya/Yes Tidak/No
Mental Disorder Psikosa Ya/Yes Tidak/No

Kelainan Bawaan Sejak Lahir : Ya/Yes Tidak/No
Congenital Anomaly

Kehamilan : Ya/Yes Tidak/No
Pregnancy

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

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 :

Nama Rumah Sakit :

Alamat Rumah Sakit :

Ditandatangani di/ Signed in : _____ Tanggal / Date : ____ / ____ / ____ (tgl/bln/thn) / (dd/mm/yy)

Dokter Doctor	Cap Rumah Sakit/Klinik Hospital / Clinic Stamp
Tandatangan & Nama Dokter / Signature & Name of Doctor	