

FORMULIR KLAIM ASURANSI CACAT TETAP TOTAL KUMPULAN

GROUP TOTAL PERMANENT DISABILITY INSURANCE CLAIM FORM

PETUNJUK PENGISIAN KLAIM / GUIDELINE OF CLAIM SUBMISSION

Formulir ini harus diisi dengan lengkap, benar dan jelas. Klaim hanya dapat diproses bila semua dokumen telah dilampirkan. / This Form should be filled in correctly, completely and clearly. Claim is only going to be processed all supporting documents are attached.

BAGIAN A. KETERANGAN KEPESERTAAN POLIS / INFORMATION OF PARTICIPANT

(diisi oleh peserta / pihak yang mengajukan klaim / filled in by claimant)

Pemegang Polis <i>Policy holder</i> :	Nomor Polis <i>Policy number</i> :
Nama Peserta <i>Participant's Name</i> :	Usia <i>Age</i> : tahun <i>year</i>
Tanggal Lahir <i>Date of Birth</i> :	Jenis kelamin <i>Sex</i> : <input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita <i>Male Female</i>
Nomor Polis <i>Policy number</i> :	Nomor Sertifikat <i>Certificate Number</i> :

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

Nama Perusahaan Asuransi
Name of Insurance Company :

Alamat lengkap
Full address :

Nomor Polis
Policy number :

Sebab - sebab terjadinya Cacat Tetap Total / Causes of Total Permanent Disability :

Kecelakaan / Accident
Sebab Kecelakaan / Causes of Accident :
Hari dan Tanggal / Day and Date : **Waktu / Time** :

Penyakit / Illness
Nama Penyakit / Name of the illness :
Tanggal mulai timbul gejala
Date of symptoms was started :

Lain-lain / Others :

(Berikan gambaran sejelas mungkin dalam menceritakan sebab dan kronologisnya kecelakaan atau penyakit yang menyebabkan cacat tetap. Apabila kolom yang disediakan tidak cukup, dapat digunakan lembar terpisah.) / (Please describe clearly about causes and chronology of an accident / illness that cause permanent disability. If the space provided is insufficient, please use a separate sheet.)

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 / 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.

PERNYATAAN PEMBERIAN KUASA
 POWER OF ATTORNEY

Saya menyatakan bahwa: (i) Saya telah membaca, mengerti dan menjawab 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 pengetahuan 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/Kami, sebagai Peserta/Tanggungjawab, Pemegang Polis, dan/atau Pengurus Administrasi, dengan ini memberikan kuasa yang tidak dapat ditarik kembali kepada PT AJ Manulife Indonesia ("Penanggung") dengan hak substitusi untuk menggunakan, mengungkapkan, menyediakan data/informasi mengenai Saya/Kami yang diperoleh dan dikumpulkan oleh Penanggung atau afiliasinya kepada pihak berkepentingan (termasuk namun tidak terbatas pada pihak reasuransi, penyedia klaim, bank lembaga keuangan, asosiasi industri dan badan hukum lain, baik di dalam maupun di luar negeri) baik yang memiliki kerjasama atau tidak dengan Penanggung atau afiliasinya untuk tujuan pembayaran klaim dan/atau melakukan proses lainnya yang terkait dengan Polis dan/atau Kepesertaan Saya/Kami maupun untuk penawaran produk asuransi atau produk keuangan lain untuk tujuan pencegahan anti pencucian uang, suap dan anti-terorisme atau terkait dengan sanksi ekonomi, yang berkaitan dengan pidana/perdata atau proses arbitrase, investigasi, audit atau pemeriksaan (termasuk penyelidikan internal, audit atau pemeriksaan) yang Penanggung, afiliasi, karyawan atau agen dikenakan atau untuk tujuan lain sebagaimana yang diperkenankan oleh pedoman Penanggung dan kode etik Penanggung, hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku; (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.

I 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 organization that has any record 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/we, as Participant/Dependent, Policy holder, and/or Administration staff, authorize the PT AJ Manulife Indonesia ("Insurer") with an irrevocable substitution right to use, disclose, provide data/information regarding me/ us that were/are obtained and collected by the Insurer or its affiliates to interested parties (including but not limited to the reinsurance, claim investigators, bank/financial institutions, industry associations and other legal entities, both within and outside the country) whether or not having cooperation with the Insurer or its affiliates for the purpose of processing the payment of claim and/or performing other processes associated with my/our policy and/or membership and to offer insurance products or other financial products, for the purpose of prevention of anti-money laundering, bribery and anti terrorism or relating to economic sanctions, investigations, audits or reviews (including internal investigations, audits or reviews) to which Insurer, its affiliation, employee or agent is subject to or for other purposes as permitted by the applicable Insurer guidelines and Insurer codes of conduct, law and regulations; and (iii) I also give my consent to PT AJ Manulife Indonesia or its proxy to provide my own medical information to Human Resources Department of my company, insurance broker and/or any Indonesian Claim Forum.

Ditandatangani di / Sign in : Dibuat oleh / Made by :	Tanggal <i>Dated</i> :
(Tanda tangan, Nama jelas & Stempel perusahaan) <i>(Signature, Name, Stamp of company)</i>	(Tanda tangan, Nama jelas karyawan/keluarga karyawan) <i>(Signature, Name of employee/employee's family)</i>
Jabatan / Position :	

BAGIAN B. KETERANGAN DOKTER / MEDICAL RESUME

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

RESUME MEDIS MEDICAL RESUME	
Nama Pasien <i>Patient's Name</i>	:
Tanggal perawatan <i>Date of hospitalization</i>	:
s/d (To) :	
Anamnesis / Riwayat Penyakit <i>Anamnesis / History of illness</i>	:
.....	
Apakah pasien pernah konsultasi / dirawat sebelumnya sehubungan dengan kecelakaan / penyakitnya? <i>Have the patient ever been consult / hospitalized previously in relation to the accident / illness?</i>	
Bila "YA," jawab pertanyaan a, b, c & d / if "Yes" please answer a, b, c & d	
<input type="checkbox"/> Ya Yes <input type="checkbox"/> Tidak No	
a. Tanggal / Date	:
b. Nama Dokter / Name of Doctor	:
c. Alamat lengkap / Full Address	:
d. Diagnosa / Diagnose	:
Jenis serta hasil pemeriksaan fisik, lab, rontgen, CT scan, hasil PA yang dilakukan <i>Type and Physical examination result, lab, X-ray, CT scan, Clinical Pathology Result, etc.</i>	
.....	
Diagnosa / Diagnose	:
Obat-obat yang diberikan / Given medicines	:
Operasi / Surgery	:
Jika dirawat oleh lebih dari 1 (satu) dokter, sebutkan nama dokter dan spesialisasinya <i>If the patient was taken care by more than 1 (one) doctor, please state the name and the specialization of the doctor</i>	
.....	
Kedaa pasien pada waktu pulang dari Rumah Sakit / Patient's condition when discharge from hospital	
<input type="checkbox"/> Membaik <i>Improve</i>	<input type="checkbox"/> Pulang paksa / tanpa izin dokter <i>Forcible return / without a doctor's permission</i>
Kapan pasien diminta kontrol kembali? / When will the patient asked to return for control again?	
.....	
Apakah kecelakaan / penyakit di atas dapat menimbulkan cacat / gangguan fungsi secara tetap? <i>Does the accident / illness cause a permanent disability or permanent functional disorder?</i>	
<input type="checkbox"/> Ya Yes <input type="checkbox"/> Tidak No	
Jika Ya, bagian tubuh mana yang akan mengalami cacat tersebut? <i>If Yes, which part of the body that becomes permanent disability?</i>	
:	
.....	
Berapa persen (%) gangguan fungsi / cacat tetap tersebut? <i>How many percentage (%) the permanent functional disorder / permanent disability?</i>	
:	
%	
Perkiraan waktu yang dibutuhkan untuk penyembuhan <i>The estimation duration that needs for rehabilitation</i>	
:	
..... Tahun / Year	
Bulan / Months	

**INFORMASI PEMBERI LAYANAN 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 <i>Name of Doctor</i>	:
Spesialis <i>Specialist</i>	:
Lokasi Pelayanan <i>Location</i>	:
<input type="checkbox"/> Praktek Pribadi <input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Rumah Sakit <i>Practitioner Clinic Hospital</i>	
Alamat <i>Adress</i>	:
.....	
Kota <i>City</i>	:
No. Telepon <i>Phone Number</i>	:
.....	

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