

## FORMULIR KLAIM ASURANSI JIWA KUMPULAN GROUP TERM LIFE INSURANCE CLAIM FORM

### PETUNJUK PENGAJUAN KLAIM / GUIDELINE OF CLAIM SUBMISSION

- Formulir ini harus diisi dengan lengkap, benar dan jelas. Klaim hanya dapat diproses bila semua dokumen telah dilengkapi. / *This Form should be filled in correctly, completely and clearly. Claim is only going to be processed if all supporting documents are attached.*
- Surat kematian (asli), Surat Pemakaman/ Kremasi (asli) dan Surat Keterangan dari Kepolisian (asli) bila meninggal secara tidak wajar, harus dilampirkan. / *Certificate of Death (original), Certificate of Funeral/ Cremation (original) & Statement Letter from Police if died unnaturally (original), should be attached.*

### BAGIAN A. KETERANGAN KEPESERTAAN POLIS / INFORMATION OF PARTICIPANT

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

<b>Pemegang Polis</b> Policy holder	<b>Nomor Polis</b> Policy number
--	-------------------------------------

Menerangkan dengan sebenarnya bahwa: *Certify truly that:*

<b>Nama Peserta</b> Participant's Name	<b>Usia</b> Age
<b>Tanggal Lahir</b> Date of Birth	<b>Jenis kelamin</b> Sex
	<b>Nomor Sertifikat</b> Certificate Number

<b>Telah meninggal dunia pada hari/ tanggal (tgl/bln/thn)</b> <i>Has died on day/date (d/m/y)</i>	<b>Waktu/Time</b> Pukul/on
<b>Tempat Kejadian</b> Location	<input type="checkbox"/> <b>Rumah Tinggal</b> Home
	<input type="checkbox"/> <b>Rumah Sakit</b> Hospital
	<input type="checkbox"/> <b>Tempat Lain</b> Other Places
<b>Tanggal terakhir Peserta masuk bekerja (tgl/bln/thn)</b> <i>Participant's last day at work (d/m/y)</i>	

<b>Sebab - sebab meninggal dunia/ Causes of death</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Kecelakaan, sebab/ Accident, cause</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Melahirkan/ Kehamilan/ Delivery/ Pregnancy</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Pekerjaan Penderita/ Participant's Job</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Sakit. Nama penyakit yang diderita/ Illness. Name of illness</b>	
<b>Sejak kapan penyakit diderita/ Since when the illness suffered</b>	

<b>Kronologis kejadian sebelum peserta meninggal dunia</b> <i>The chronology of event before Participant died</i>	
<b>Nama Dokter/ Name of Doctor</b>	
<b>Alamat Lengkap/ Full Address</b>	
<b>(Berikan gambaran sejelas mungkin dalam menceritakan kronologi kejadian. Apabila kolom yang disediakan tidak cukup, mohon gunakan lembar terpisah) / (Please describe clearly the chronology of the event. If the space provided is insufficient, please use separate sheet).</b>	

<b>Apakah klaim ini juga diajukan kepada Asuransi Individu PT AJ Manulife Indonesia atau perusahaan asuransi lain?</b> <i>Is this claim also submitted to individual insurance of PT AJ Manulife Indonesia or other insurance company?</i>	
<input type="checkbox"/> <b>Ya</b> <input type="checkbox"/> <b>Tidak</b> Yes      No	
<b>Nama Perusahaan Asuransi/ Name of Insurance Company</b>	
<b>Nomor Polis/ Policy Number</b>	

### 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 mengetahui 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/Tanggungans, 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, saup dan anti-teroris 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 afiliasinya, karyawan atau agen dilaksanakan 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/Dependant, 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 reinsurer, claims 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-terrorist or relating to economic sanctions, relating to any criminal/civil or arbitral proceedings, 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.*

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

**BAGIAN B. KETERANGAN DOKTER / MEDICAL RESUME**

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

RESUME MEDIS MEDICAL RESUME	
<p><b>Nama Pasien</b> / Patient's Name : .....</p> <p><b>Apakah pasien dirawat inap? / Did patient hospitalized?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ya, indikasi rawat inap? / Yes, Indication of hospitalization</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak/ No</p> <p><b>Apakah pasien mendapatkan perawatan di ruang Unit Gawat Darurat (UGD)? / Did the patient have Emergency Room (ER) treatment?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Tidak/ No</p> <p><input type="checkbox"/> Ya/ Yes</p> <p><b>Berapa Lama? / How Long?</b> .....</p> <p><b>Tindakan yang dilakukan? / Action taken?</b></p> <p>.....</p>	<p><b>Tanggal perawatan</b> / Date of hospitalization : .....</p> <p><b>Gejala pada saat masuk RS / Symptoms when entering the hospital:</b></p> <p>.....</p> <p><b>Pasien pertama kali berobat untuk penyakit tersebut / First medical treatment related to the illness:</b></p> <p><b>Tanggal</b> / Date : .....</p> <p><b>Nama dokter</b> / Doctor's Name : .....</p> <p><b>Alamat Lengkap</b> / Full address : .....</p> <p>.....</p>

**Pasien Meninggal Dunia karena :**  Kecelakaan / Accident  Pekerjaan pasien / Patient's Job

*Has died on day/date (d/m/y)*

Kelainan Bawaan / Congenital  Melahirkan / Kehamilan

*Delivery/ Pregnancy*

Lain-lain / Others ( .....)

**Riwayat penyakit terdahulu (Sebutkan nama penyakit, kapan mulai diderita, pengobatan yang diberikan dan nama dokter yang merawat) / History of illness (please describe the name of disease, date of illness was first acknowledged, treatment and name of Doctor in charge)**

.....

.....

**Diagnosa / Diagnose** : .....

**Obat-obat yang diberikan / Given medicines** : .....

**Operasi / Surgery** : .....

**Jika dirawat oleh lebih dari 1 (satu) dokter, sebutkan nama dokter dan spesialisasinya / If the patient was taken care by more than 1 (one) doctor, please state the name and the specialization of the doctor**

.....

.....

INFORMASI PEMBERI LAYANAN KESEHATAN INFORMATION OF HEALTH INSTITUTION PROVIDER		
<p>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</p>		
<p><b>Nama Dokter</b> / Name of Doctor : .....</p> <p><b>Spesialis</b> / Specialist : .....</p> <p><b>Lokasi Pelayanan</b> / Location : <input type="checkbox"/> Praktek Pribadi / Practitioner <input type="checkbox"/> Klinik / Clinic <input type="checkbox"/> Rumah Sakit / Hospital</p> <p><b>Alamat</b> / Address : .....</p> <p>.....</p> <p><b>Kota</b> / City : .....</p> <p><b>No. Telepon</b> / Phone Number : .....</p>		
<p><b>Tempat &amp; Tanggal</b> / Place &amp; Date</p>	<p><b>Tanda tangan &amp; Nama Dokter</b> / Signature &amp; Name of Doctor</p>	<p><b>Cap Rumah Sakit</b> / Hospital Stamp</p>