

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

**PETUNJUK PENGAJUAN KLAIM / GUIDELINE OF CLAIM SUBMISSION**

- Formulir ini harus diisi dengan benar, lengkap 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 if all supporting documents are attached*
- Surat Kematian (asli), Surat pemakaman/kremasi (asli) dan Surat Keterangan dari Kepolisian (asli) bila meninggal dunia secara tidak wajar, harap dilampirkan / *Original Certificate of death, Original Certificate of Funeral and Original Explanation Letter from Police if died unnaturally, should be attached.*

**BAGIAN A. KETERANGAN TERTANGUNG / INFORMATION OF INSURED**

 Yang bertanda tangan dibawah ini / *I hereby undersigned:*

 Pemegang Polis : .....  
*Policy holder*

 Nomor Polis : .....  
*Policy Number*

 Menerangkan dengan sebenarnya bahwa : / *Certify truly that :*

Nama Peserta:	.....
<i>Member Name</i>	
Jabatan	.....
<i>Position</i>	
Tanggal Lahir	: [ ] [ ] - [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ]
<i>Date of Birth</i>	
Usia	: [ ] [ ] tahun / bulan <i>month / years old</i>
<i>Age</i>	
Jenis Kelamin	: <input type="radio"/> Pria /male <input type="radio"/> Wanita / female
<i>Sex</i>	
Nomor Sertifikat	: [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ]
<i>Certificate number</i>	

Apakah klaim ini juga diajukan kepada Asuransi Individu PT. A.J. Manulife Indonesia / perusahaan asuransi lain? <i>Is this claim also submitted to individual insurance Manulife Indonesia/other insurance company?</i>	
<input type="radio"/> Ya/Yes <input type="radio"/> Tidak/No	
Nama Perusahaan Asuransi / <i>Name of insurer</i>	.....
Alamat lengkap / <i>Full address</i>	.....
No. Telp./ <i>Phone number</i>	.....
No Polis/ <i>Policy number</i>	.....

Telah meninggal dunia pada hari/ tanggal	: .....		
<i>Has already died on ( day-month-year )</i>			
Waktu / <i>Time</i>	: Pukul / <i>On</i> : .....		
Tempat kejadian : <input type="radio"/> Rumah Tinggal	<input type="radio"/> Rumah Sakit	<input type="radio"/> Tempat Lain : .....	
<i>Location</i>	<i>Home</i>	<i>Hospital</i>	<i>Other places</i>
Tanggal terakhir karyawan masuk bekerja	: .....		
<i>The last day at work ( day -month -year )</i>			

Sebab – sebab meninggal dunia:	
<i>Causes of death</i>	
<input type="radio"/> Kecelakaan, sebab	.....
<i>Accident because</i>	
<input type="radio"/> Melahirkan / Kehamilan	.....
<i>Delivery / Pregnancy</i>	
<input type="radio"/> Pekerjaan penderita	.....
<i>Member's Job</i>	
<input type="radio"/> Sakit. Nama Penyakit yang diderita	.....
<i>Illness. Name of disease</i>	
Sejak kapan penyakit diderita / <i>Since</i>	.....

Kronologis kejadian sebelum peserta meninggal dunia : .....	
<i>The description of event before the member died.</i>	
.....	
Nama Dokter/ <i>Name of Doctor</i>	.....
Alamat Lengkap / <i>Full Address</i>	.....
(Berikan gambaran se jelas mungkin dalam menceritakan kronologis kejadian. Apabila kolom yang disediakan tidak cukup, dapat digunakan lembar terpisah) <i>Please describe clearly of the event. If the space is not enough, please write it on another paper</i>	

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar, dan 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 pasien untuk memberitahukan kepada Manulife Indonesia atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala keterangan mengenai diri dan kesehatan pasien. Copy dari pernyataan ini sama kuatnya dan sah seperti aslinya. / *I declare that 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 organizations that has any records or information on the health of participant to inform PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia or its authorized. A photographic copy of this statement, should be as valid and legal as the original.*

 Ditandatangani di/ *Sign in* ..... tanggal/ *dated* .....

 Dibuat oleh, / *Made by*

 .....  
 (tanda tangan, nama jelas & stempel Perusahaan)  
*(signature, name, stamp of company)*  
 Jabatan/ *Position* :

 .....  
 (tanda tangan, nama jelas)  
*(signature, name of employee)*  
 Hubungan keluarga / *Relation of family* : .....

**BAGIAN B. KETERANGAN DOKTER / RESUME MEDIS** (Filled in by doctor-in –charge)

<p>Nama pasien/<i>Patient's Name</i>:.....</p> <p>Apakah pasien dirawat inap?/<i>Did patient hospitalize?</i></p> <p><input type="radio"/> Ya. Indikasi rawat inap/<i>Yes, Indication of hospitalization</i></p> <p>.....</p> <p><input type="radio"/> Tidak/<i>No</i></p> <p>Apakah pasien mendapatkan Perawatan di ruang gawat darurat?/ <i>Did patient have emergency treatment?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Tidak / <i>No</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ya / <i>Yes</i></p> <p>Berapa Lama ?:.....</p> <p><i>How Long ?</i></p> <p>Tindakan yang dilakukan ? : .....</p> <p><i>Action done ?</i>:.....</p> <p>.....</p>	<p>Tanggal perawatan/<i>Date of hospitalization</i> :</p> <p>.....</p> <p>Gejala pada saat masuk RS/<i>Symptoms upon hospitalization</i> :</p> <p>.....</p> <p>Pasien pertama kali berobat untuk penyakit tersebut/<i>First medical treatment related to the illness</i>:</p> <p>Tanggal :.....</p> <p><i>Date</i></p> <p>Nama dokter :.....</p> <p><i>Doctor's Name</i></p> <p>Alamat Lengkap :.....</p> <p><i>Full address</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---	---

Pasien Meninggal Dunia karena :  Kecelakaan/*accident*  Pekerjaan pasien/*patient's job*  Kelainan Bawaan/*congenital*  
*Patient died because*  Melahirkan/Kehamilan / *delivery / pregnancy*  lain-lain/*other* (.....)

Riwayat penyakit dahulu ( 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 disease was first acknowledged, treatment and name of Doctor in charge)*

.....

.....

Diagnosa/*Diagnose* :.....

Obat-obat yang diberikan/*Treatment* :.....

Nama Tindakan/pembedahan :.....

*Name of action or surgical done*

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.*

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

Dengan ini saya menyatakan dengan sebenarnya bahwa jawaban-jawaban yang telah saya berikan diatas telah lengkap dan benar.  
*I certify that the answers I have given above have already complete and correct*

Nama Dokter : .....

*Name of Doctor ..*

Spesialis :  Dokter Umum/  Dokter Ahli/ (.....)

*Specialist* *General Practitioner* *Specialist*

Nama Rumah Sakit : .....

*Name of Hospital*

Alamat Rumah Sakit : .....

*Address of Hospital*

.....

Nomor Telepon : .....

*Phone Number*

Ditandatangani di/*Sign in*.....tanggal/*dated*.....

(.....) (.....)

Tandatangan & Nama Dokter Cap Rumah Sakit  
*Signature & Name of Doctor Stamp of Hospital*

