

INFORMASI PEMEGANG POLIS / *Information Policy Holder*

PEMEGANG POLIS / *Policy Holder* : _____

No. Polis / *Policy Number* : □□□□□□□□□□□□□□□□ tanggal efektif Polis/ □□□□□□□□□□ (tgl/bln/thn)
policy effectif date *(dd/mm/yy)*

NAMA PESERTA / *Participant Name* : _____

TANGGAL MULAI BEKERJA / *Employment Date* : □□□□□□□□ (tgl/bln/thn / *dd/mm/yy*)

TANGGAL MULAI KEPESERTAAN / *Effective Date of Insured Member's* : □□□□□□□□ (tgl/bln/thn / *dd/mm/yy*)

MANFAAT PERTANGGUNGAN / *Benefit Assured* : Meninggal Dunia karena Kecelakaan/ *Accidental Death*
 Meninggal Dunia / *Death*

APAKAH PESERTA MEMILIKI POLIS ASURANSI DI TEMPAT LAIN / *were participant under other policy in any other insurance*
 Ya/ *Yes* Tidak / *No*
Jika Ya, (nama & alamat) / *If Yes, name & address* : _____

INFORMASI MENGENAI PESERTA / *Participant Information*

NAMA PESERTA / *Participant Name* : _____

NO. PESERTA / *Participant No.* : □□□□□□□□□□□□

KETERANGAN SEBAB KEMATIAN* / *Cause of Death*

TELAH MENINGGAL DUNIA PADA (*have been passed away*)

TANGGAL / *Date* : □□□□□□□□ (tgl/bln/thn / *dd/mm/yy*)

WAKTU/ *Time* : _____

TEMPAT / *Place* : Rumah/ *Home* Rumah Sakit / *Hospital* Lainnya/ *Others* _____

SEBAB MENINGGAL / *Cause of Death* : Kecelakaan / *Accident* , Sebab /*Cause*: _____
 Melahirkan / *Maternity*
 Pekerjaan Peserta/ *Job of Participant*
 Sakit/ *illnes*
Nama Penyakit yang diderita/ *Name of illness* : _____
Sejak kapan penyakit diderita/ *time of illness* : _____

KRONOLOGIS KEMATIAN* /*Death chronology* : _____

Nama Dokter / *Name of Doctor* : _____

Alamat lengkap / *Address* : _____

* Berikan gambaran singkat dan jelas mengenai gejala/kejadian kematian. Apabila kolom yang disediakan tidak cukup, dapat menggunakan lembar terpisah / *Give summarize and clearly picture of death symptoms/ chronology. If the column wasn't enough, please used the other papers*

INFORMASI MENGENAI PENERIMA MANFAAT / *Beneficiary Information*

NAMA / *Name* : _____
ALAMAT RUMAH / *Home Address* : _____
KOTA / *City* : _____ KODE POS / *Postal Code* : _____
NO TELEPON / *Telephone No* : _____ Rumah / *home* _____ Kantor / *office*
TANGGAL LAHIR / *Date of Birth* : □□□□□□□□ (tgl/bln/thn / *dd/mm/yy*)
NO KTP/ SIM/ PASPOR / *KTP/ SIM/ PASPORT* : _____
HUBUNGAN DENGAN PESERTA / *Your relationship to participants*
 Suami atau istri / *Husband or wife* Anak / *Child* Lainnya / *Other* : _____

INFORMASI PEMBAYARAN BENEFIT / *Information of Benefit Payment*

(Mohon konsultasikan dengan Pemberi Kerja / *Please consult with Employer*)

<input type="checkbox"/> Pemegang Polis / <i>Policy Holder</i> ,	<input type="checkbox"/> Ahli Waris / <i>Beneficiary</i> ,
Nama Bank/ <i>Bank Name</i> : _____	Nama Bank/ <i>Bank Name</i> : _____
Cabang/ <i>Branch</i> : _____	Cabang/ <i>Branch</i> : _____
No. Rekening/ <i>Account Number</i> : _____	No. Rekening/ <i>Account Number</i> : _____
Atas Nama/ <i>Beneficiary's Name</i> : _____	Atas Nama/ <i>Beneficiary's Name</i> : _____

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca 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 peserta untuk memberitahukan kepada PT AJ. Manulife Indonesia atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala keterangan mengenai diri dan kesehatan peserta. Copy dari pernyataan ini sama kuat dan sah seperti aslinya. / *I hereby declared that I've read and answered all of the question truly and completely. I hereby give the authority to all doctors, hospital, clinic, insurance company, regulatory institution, as individual or corporate who have record or known participants medical record, to be informed PT AJ Manulife Indonesia or the people who have the authority, all of information about participants medical information. Copy of this statement will be valid and true as the original.*

TANDA TANGAN dan STEMPEL PERUSAHAAN***Signature and Company Stamp***

(Hanya orang yang berhak mewakili perusahaan /
Only authorized person who has rights to represent the company)

TANDA TANGAN PENERIMA MANFAAT***Signature of Beneficiary***

NAMA / *Name* : _____

JABATAN / *Title* : _____

TEMPAT dan TANGGAL / *Place & Date* : _____

NAMA / *Name* : _____

TEMPAT dan TANGGAL / *Place & Date* : _____

HARAP DIPERHATIKAN / *ATTENTION*

Harap lampirkan surat keterangan Dokter pemeriksa jenazah bertanggung, surat keterangan meninggal dunia dari instansi yang berwenang, surat keterangan bukti diri bertanggung, surat keterangan status bertanggung dari Pemegang Polis dan laporan kecelakaan dari pihak berwajib apabila bertanggung meninggal karena kecelakaan. / *Please attached resume medis from local doctor, death certificate from local government, members insured status confirmation from Policyholder and accidental report from local police office if insured member's died in accident.*

Untuk keperluan Perusahaan Asuransi / *For Insurance Company purposes*
Diterima Tanggal / *Received Date* :

KETERANGAN DOKTER / *Resume Medis* (Diisi oleh dokter yang merawat/ *fill in by Doctor*)

khusus untuk manfaat meninggal dunia karena kecelakaan / specially for accidental death claim

NAMA PASIEN / *Name of patient* : _____

APAKAH PASIEN RAWAT INAP/ *does he/she inpatient* ?
 Ya / *Ya* Indikasi rawat inap /*indication*

 Tidak/ *No*

Apakah Pasien mendapatkan perawatan di ruang gawat darurat ?
Did patient have been take care in emergency room ?
 Tidak / *No*
 Ya / *Yes*

Berapa lama / *How Long* ? _____

Tindakan yang dilakukan / *Action have been taken* ? _____

TANGGAL PERAWATAN / *Date of taking care* : _____
s/d _____

GEJALA pada saat masuk rumah Sakit/ *Symptoms when entry in hospital*

Pasien pertama kali berobat sehubungan dengan penyakit tersebut /
first time patient have been take medical care

Tanggal /*Date* : _____

Nama Dokter /*Name of Doctor* : _____

Alamat Lengkap /*Full Address* : _____

Pasien meninggal dunia karena / *Caused of death* :

- Kecelakaan / *Accident* Pekerjaan Pasien/ *Job of Patient* Melahirkan-Kehamilan / *Maternity-Pregnant* Bawaan/ *Congenital*
 Lain-lain / *Others* (_____)

Riwayat Penyakit Dahulu (Sebutkan nama penyakit, kapan mulai diderita, pengobatan yang diberikan dan nama dokter yang merawat)/ *History of illness (please mentioned name of illness, time of illness, medical treatment have been applied, name of doctor)*

Kelainan-kelainan yang ditemukan dalam pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang

Diagnosa penyakit / *Illness diagnosis* : _____
Obat-obatan yang diberikan / *Medicine given*: _____
Nama tindakan / pembedahan / *Medical/Surgery action* : _____

Jika dirawat oleh lebih dari 1 (satu) dokter, sebutkan nama dokter dan spesialisasinya ? *If the patient have been taking care by more than 1 (one) doctors, please mentioned the name of doctor and his specialization*

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Dengan ini saya menyatakan dengan sebenarnya bahwa jawaban-jawaban yang telah saya berikan diatas telah lengkap dan benar/ *I hereby declare truly and honestly that my answer for all of the question is completely and truly.*

Nama Dokter /*Name of Doctor* : _____
Spesialisasi /*Specialization* : Dokter Umum/ *General Doctor* Dokter Ahli / *Doctor Specialist* (_____)
Rumah Sakit /*Hospital* : _____
Alamat /*Address* : _____
Telepon /*Telephone* : _____

TANDA TANGAN / *Signature*

STEMPEL RUMAH SAKIT / *Hospital Stamp*

(_____)
tanda tangan Dokter yang merawat /*signed by Doctor*

TEMPAT dan TANGGAL / *Place & Date* : _____