

INFORMASI DATA PESERTA / *Participant Information*

PEMEGANG POLIS / *Policy Holder* : _____

NO. POLIS / *Policy Number* : □□□□□□□□□□□□□□□□ tanggal efektif Polis/ □□□□□□□□□□ (tgl/bln/thn)
Policy effective date (dd/mm/yy)

NAMA PESERTA / *Participant Name* : _____

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

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

LAMA BEKERJA / *Length of Employment* : _____

BESARNYA MANFAAT / *Amount of Benefit* : _____

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

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 IDENTITAS/ *ID Number* (KTP/SIM/PASPOR) : _____

HUBUNGAN DENGAN PESERTA / *Your relationship to participants*
 Suami atau istri / *Husband or wife* Anak / *Child* Lainnya / *Other* : _____

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

| | |
|--|---|
| <p>NAMA PASIEN / <i>Name of patient</i> : _____</p> <p>APAKAH PASIEN RAWAT INAP/ <i>does he/she inpatient</i> ? <input type="checkbox"/> Ya / <i>Ya</i> Indikasi rawat inap /<i>indication</i> _____</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak/ <i>No</i></p> <p>Apakah Pasien mendapatkan perawatan di ruang gawat darurat ? <i>Did patient have been take care in emergency room ?</i> <input type="checkbox"/> Tidak / <i>No</i> <input type="checkbox"/> Ya / <i>Yes</i></p> <p>Berapa lama / <i>How Long</i> ? _____</p> <p>Tindakan yang dilakukan / <i>Action have been taken</i> ? _____ _____ _____</p> | <p>TANGGAL PERAWATAN / <i>Date of taking care</i> : _____ s/d _____</p> <p>GEJALA pada saat masuk rumah Sakit/ <i>Symptoms when entry in hospital</i> _____ _____</p> <p>Pasien pertama kali berobat sehubungan dengan penyakit tersebut / <i>first time patient have been take medical care</i></p> <p>Tanggal /<i>Date</i> : _____</p> <p>Nama Dokter /<i>Name of Doctor</i> : _____</p> <p>Alamat Lengkap /<i>Full Address</i> : _____ _____ _____</p> |
|--|---|

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* : _____

PERSYARATAN PEMBAYARAN MANFAAT PROGRAM KESEJAHTERAAN KARYAWAN

Persyaratan utama dalam **PERSETUJUAN** pembayaran manfaat program kesejahteraan karyawan adalah **KELENGKAPAN DAN AKURASI DATA PRIBADI ANDA** sebagai peserta program kesejahteraan karyawan dan **KELENGKAPAN DOKUMEN PENGAJUAN KLAIM**.

Dokumen pengajuan klaim yang diperlukan berdasarkan jenis pengajuan manfaat :

| Jenis Klaim | Formulir Klaim | Copy KTP/SIM/PASPOR | Copy Nomor Rekening | SK Perusahaan | Surat Keterangan Kematian | Akta Kematian | Copy Surat Nikah | Copy KK | Surat Keterangan Kepolisian |
|---|----------------|------------------------|---------------------------|------------------|---------------------------------|------------------|---------------------|------------|--------------------------------|
| Manfaat Meninggal Dunia | v | v | v | v | v | v | v | v | |
| Manfaat Meninggal Dunia karena Kecelakaan | v | v | v | v | v | v | v | v | v |

KETENTUAN KHUSUS PEMBAYARAN KEPADA PIHAK KETIGA :

- Pembayaran manfaat yang ditujukan kepada Rekening Pihak Ketiga harus disertai dengan Surat Kuasa bermaterai dan ditandatangani Pihak yang memberi Kuasa dan Pihak yang diberi kuasa
- Pihak yang diberi kuasa **HARUS memiliki HUBUNGAN** baik Hubungan KELUARGA ataupun Hubungan KERJA
- Pihak yang memberi Kuasa dan Pihak yang diberi kuasa **WAJIB** melampirkan Fotokopi Identitas diri (KTP/PASPOR/SIM) yang masih berlaku

PT AJ Manulife Indonesia akan menjalankan transaksi Manfaat Meninggal Dunia setelah menerima formulir klaim (tidak berupa faksimili) beserta dokumen pendukung

Dana Pensiun Lembaga Keuangan (DPLK) dan Group Saving Admin

Manulife Indonesia
Sampoerna Strategic Square
South Tower, Lantai 3 -17
Jl. Jend. Sudirman Kav.45
Jakarta 12930
Tel: (62-21) 2555 7788
Fax: (62-21) 2555 2227
www.manulife-indonesia.com

Customer Contact Center: (62-21) 2555 7777 menu 0,2,2
Toll Free (khusus di luar kode area Jakarta): 0 800 1 606060
E-mail : cs_dplk-gs_id@manulife.com