

**INFORMASI PEMEGANG POLIS / Policy Holder 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 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.* : □□□□□□□□□□□□

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

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

LAMA BEKERJA / *Length of Employment* : \_\_\_\_\_

**KLASIFIKASI PESERTA / Participant Classifications**

GAJI / *Salary* : \_\_\_\_\_

BESARNYA MANFAAT / *Amount of Benefit* : \_\_\_\_\_

**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*)

Pemegang Polis / *Policy Holder* ,  Ahli Waris / *Beneficiary*,  
Nama Bank/ *Bank Name* : \_\_\_\_\_ Nama Bank/ *Bank Name* : \_\_\_\_\_  
Cabang/ *Branch* : \_\_\_\_\_ Cabang/ *Branch* : \_\_\_\_\_  
No. Rekening/ *Account Number* : \_\_\_\_\_ No. Rekening/ *Account Number* : \_\_\_\_\_  
Atas Nama/ *Beneficiary's Name* : \_\_\_\_\_ Atas Nama/ *Beneficiary's Name* : \_\_\_\_\_

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* : \_\_\_\_\_

