Manulife Financial

Bringing dreams to life

FORM : 2C

PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia

Sampoerna Strategic Square, South Tower, Lantai 3 - 17, Jl. Jend. Sudirman Kav 45, Jakarta 12930

Telp. : (62-21) 2555 7788 Fax. : (62-21) 2555 7799 Customer Contact Center : (62-21) 2555 7777 www.manulife-indonesia.com

- Semua pertanyaan pada Formulir Klaim & Surat Keterangan Dokter harus diisi dengan benar, lengkap dan jelas tanpa pembebanan kepada PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia. / *All questions in this Claim Form & Attending Physician's Statement should be answered correctly, completely & clearly, without any charge to PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia.*
- Untuk Klaim Manfaat Perawatan Rumah Sakit : Kwitansi asli (kecuali HCP) & perinciannya wajib dilampirkan. / *For Hospitalitation Claims : original receipt (except HCP) & details should be attached.*
- Dokumen & Hasil-hasil pemeriksaan penunjang, wajib dilampirkan. / *Documents & Supporting examinations/tests, should be attached.*
- Pengajuan klaim dan pembayaran manfaat tidak dikenakan biaya apapun, kecuali yang termasuk dalam ketentuan polis. / *No charge for claim submission & benefit payment except those stated in the policy condition.*
- Copy Identitas "Pemegang Polis" dan "Tertanggung/Peserta" wajib dilampirkan. / *A photographic copy of "Policy Owner" and "Insured/Participant" Identity should be attached.*
- Apabila Pemohon tinggal di Negara lain atau sedang berada di luar negeri dan meminta kerabat/orang lain yang tinggal di Indonesia untuk melakukan pengurusan, Pemohon harus memberikan surat kuasa kepada kerabat/pihak lain tersebut beserta KTP kerabat/pihak yang diberikan kuasa. / *If the Claimant is living in other country or staying abroad and requested his/her relative/other person living in Indonesia to conduct the claim process, the Claimant must provide a power of attorney to his/her relative or other person including the Indentity card of the appointed attorney.*
- Untuk pengajuan klaim dari luar negeri, formulir klaim dan surat kuasa pengurusan (bila ada) harus ditandatangani dan dinotarisasi di depan pejabat notaris publik setempat serta dilegalisasi oleh pejabat konsulat jenderal/kedutaan besar Indonesia terdekat di Negara tempat tinggal atau Pemohon berada. / *To request claim from abroad, claim form and the power of attorney (if any) shall be executed and notarized before the local public notary and legalized by an official of Indonesian consulate general/ambassador office in the country where the Claimant lives or stay.*
- Berikan tanda silang (X) untuk jenis klaim yang diajukan. / *Mark (X) for type of claim submitted.*

FORMULIR KLAIM MANFAAT PERTANGGUNGAN - ASURANSI INDIVIDU
LIVING CLAIM FORM - INDIVIDUAL INSURANCE

☐ Manfaat Perawatan Rumah Sakit ☐ Penyakit Kritis ☐ Cacat Hidup ☐ Lain-lain / *Others* : _____

KETERANGAN PEMEGANG POLIS & TERTANGGUNG/PESERTA / *DATA OF POLICY OWNER & INSURED/PARTICIPANT*

Nomor Polis / *Policy Number* : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nama Pemegang Polis / *Name of the Policy Owner* : _____

Nama Tertanggung/Peserta / *Name of Insured/Participant* : _____

Telepon / *Telephone* : Ktr / *Off* : _____ Rmh / *Res* : _____ HP / *Cellphone* : _____

Faksimili / *Facsimile* : _____ E-mail : _____

Nama Pasien / *Name of the Patient* : _____

Tempat Tgl. Lahir, Usia / *Place and Date of Birth, Age* : _____, ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ / ☐☐ Tahun / *Year*

Jenis Kelamin / *Sex* : ◯ Laki-laki / *Male* ◯ Perempuan / *Female*

Hub. dgn, Tertanggung/Peserta / *Relationship with the Insured/Participant* : ◯ Anak / *Child* ◯ Istri / *Wife* ◯ Suami / *Husband* ◯ Diri Sendiri / *Self the Insured* ◯ Lain-lain / *Others* : _____

Telah dirawat di Rumah Sakit oleh karena / *Hospitalized due to* : ◯ Sakit / *Illness* ◯ Kecelakaan / *Accident* ◯ Lain-lain / *Others* : _____

Tanggal / *Date* : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Jam / *Hour* ☐☐ : ☐☐

Berikan gambaran secara singkat & jelas mengenai gejala/kejadiannya. Apabila kolom yang disediakan tidak mencukupi, tambahkan keterangan di lembar tersendiri / *Please describe shortly & clearly of symptoms/event. If the space not enough, please use another sheet.*

_____

_____

Apakah Pasien/Tertanggung/Peserta diasuransikan di perusahaan asuransi lain ? / *Is the patient/insured/participant by other insurance companies ?* ◯ Ya / *Yes* ◯ Tidak / *No*

Nama Perusahaan Asuransi / *Name of Insurer :* _____ Nomor Polis / *Policy Number :* _____

Keterangan tambahan (Wajib diisi) - Semua keterangan yang diisi hanya untuk kepentingan PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia :

Apakah Pasien/Tertanggung/Peserta atau keluarga dekat Pasien/Tertanggung/Peserta sedang atau pernah memegang jabatan di pemerintahan baik di dalam atau luar negeri? / *Have the patient/insured/participant or their close family everbeen become officer in the local government or abroad?* ◯ Ya / *Yes* ◯ Tidak / *No*

Bila Ya, mohon mengisi pertanyaan berikut / *If Yes, please answer the question below* :

a. Nama / *Name* : _____ b. Institusi / *Institution* : _____

c. Posisi / *Position* : _____ d. Masa jabatan / *Term of service* : _____

e. Negara / *Country* : _____ f. Hubungan dengan pemegang polis / *Relationship with policy owner* : _____

Mohon diisi apabila Pemegang Polis adalah Pejabat yang bersangkutan / *Please answer if the policy owner is the officer* :

g. Sumber dana / *Resource of fund* : _____

Apabila klaim disetujui, pembayaran akan di transfer ke / *If the claim payment is approved, the payment will be transferred to* :

Mata uang / *Currency* : ◯ Rupiah ◯ US$

Nama / *Name* : _____

Bank / *Bank* ; Cabang / *Branch* : _____

No Rekening / *Account Number* : _____

Tujuan atau alasan / *Reason* (Jika Pembayaran tidak ke Pemegang Polis) : _____

Hubungan / *Relation* : _____

Pembayaran harus ditujukan kepada Pemegang Polis. Jika tidak, mohon agar Pemegang Polis membuat Surat Kuasa kepada yang diberi kuasa untuk menerima manfaat dengan menjelaskan tujuan / alasannya. Biaya transfer dalam US$, yang dibebankan oleh Bank Penanggung dan Bank Penerima ditanggung penerima / *The payment should be paid to Policy Owner. If not, please make a power of attorney to the appointed attorney for receiving benefit and fill up the Reason. Transfer fee in US$ that is charged by Bank of Company and Bank Receiver, will be borne by Receiver.*

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut diatas dengan benar, serta seluruh keterangan telah saya baca dan periksa kembali kebenarannya sebelum menandatangani form ini. Saya juga memahami bahwa jawaban dan keterangan tersebut di atas menjadi dasar Pertanggungan dan tidak terpisahkan dari Polis yang diminta. Dengan ini saya memberi kuasa kepada PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia atau pihak yang diberi kuasa olehnya untuk memperoleh segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan saya dari Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Instansi Pemerintah, Perorangan atau Organisasi lainnya. / *I declare that I have read, understood and answered all the questions above completely and correctly, all of the statement have read and recheck by me also. I also understand that all the answers and information above will be inseparable part of the policy I apply for. I hereby authorize to PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia or its authorized institution to give them any records or information on me and my health from doctor, clinic, hospital, public health centre, insurance company, legal institution, personal or other organizations.*

PEMEGANG POLIS / *POLICY OWNER* PASIEN / WALI (PATIENT / *GUARDIAN*)

Tempat & Tanggal / *Place & Date* Tandatangan & Nama / *Signature & Name* Tandatangan & Nama / *Signature & Name*