



**Keterangan tambahan (Wajib diisi) :**

Apakah Tertanggung/Tanggungannya/Yang Ditunjuk atau keluarga dekat Tertanggung/Tanggungannya/Yang Ditunjuk sedang atau pernah memegang jabatan di pemerintahan baik di dalam atau luar negeri ?/ *Have the insured/dependent/participant/beneficiary or their close family insured/dependent/beneficiary/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 Tertanggung/Tanggungannya Yang ditunjuk : \_\_\_\_\_  
*Relationship with insured/dependent/participant/beneficiary/heir*

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

g. Sumber dana / *Resource of fund* : \_\_\_\_\_

**Penerima Manfaat Pembayaran Klaim / *Payee of Claim Payment***

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\$

No Rekening / *Account Number* : \_\_\_\_\_

Nama Pemilik Rekening / *Account Holder Name* : \_\_\_\_\_

Nama Bank / *Bank Name* : \_\_\_\_\_

Cabang Bank / *Bank Branch Name* : \_\_\_\_\_

Negara / *Country of Bank* : \_\_\_\_\_

Kewarganegaraan / *Nationality* : \_\_\_\_\_

(Diisi jika bukan WNI / *Fill in if not Indonesian*)

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 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, selaku Pemegang Polis bersama-sama dengan Tertanggung dan/atau Tanggungannya dan/atau Peserta ("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 Pertanggungannya 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 as a Policy Owner together with the Insured or dependent or participant ("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*Tertanggung/Tanggungannya  
(*Insured/Dependent*)\_\_\_\_\_  
Tempat & Tanggal / *Place & Date*\_\_\_\_\_  
Tandatangan & Nama / *Signature & Name*\_\_\_\_\_  
Tandatangan & Nama / *Signature & Name*

**SURAT KETERANGAN DOKTER / ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT**

FORM : 3C

Untuk diisi dengan lengkap oleh Dokter yang merawat dan atau Dokter Bedah / *To be filled in by the attending physician or surgeon (for Surgery Treatment)*

Nama Pasien / *Name of the Patient* \_\_\_\_\_

Tempat Tgl. Lahir; Usia / *Place and Date of Birth; Age* \_\_\_\_\_,     /  Tahun / *Year*  
( tgl bln thn / *dd mm yyyy*)

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

Tanggal Perawatan / *Date of hospitalization*        s.d     =  Hari  
( tgl bln thn / *dd mm yyyy*)                      ( tgl bln thn / *dd mm yyyy*)                      *days*

Tujuan Perawatan / *Purpose of Treatment*                       Observasi / *Observation*                       Diagnostik / *Diagnostic*                       Terapi / *Therapeutic*

Anamnesa / *Medical History*                      Tanggal gejala atau keluhan pertama kali /  
*The date of symptoms occurred the first time on*  
Keluhan Utama / *Chief Complaint*                      \_\_\_\_\_     ( tgl bln thn / *dd mm yyyy*)  
Keluhan Tambahan / *Other Symptoms*                      \_\_\_\_\_     ( tgl bln thn / *dd mm yyyy*)

Hasil pemeriksaan fisik, laboratorium, rontgen, CT-Scan, hasil PA, dll yang dilakukan / *Physical examination result, laboratory, xray, CT-Scan, clinical pathology result, etc*  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<i>Diagnosa / Diagnose</i>	<i>Tanggal Pertama kali terdiagnosa / The date of first time underlying diagnose</i>
1. Diagnosa Utama / <i>Primary Diagnose</i> _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ( tgl bln thn / <i>dd mm yyyy</i> )
Penyebab Diagnosa Utama / <i>Underlying disease of Primaryy Diagnose</i> _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ( tgl bln thn / <i>dd mm yyyy</i> )
2. Diagnosa Tambahan / <i>Secondary Diagnose</i> _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ( tgl bln thn / <i>dd mm yyyy</i> )
Penyebab Diagnosa Tambahan / <i>Underlying disease of Secondary Diagnose</i> _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ( tgl bln thn / <i>dd mm yyyy</i> )

Terapi atau tindakan / *Therapy of treatment* \_\_\_\_\_

Jika dilakukan pembedahan, mohon disebutkan jenis pembedahan tersebut / \_\_\_\_\_  
*If there's surgical, diagnostic and major medical illness procedures, please state the surgical procedure*

Nama dan alamat dokter yang pernah merawat / merujuk untuk penyakit ini sebelumnya / \_\_\_\_\_  
*Name and address of referral doctor*

Tanggal Pemeriksaan / *Date of Attended*                          ( tgl bln thn / *dd mm yyyy*)

