

| | SEBELUM KEJADIAN / BEFORE EVENT | SESUDAH KEJADIAN / AFTER EVENT |
|--|---|--------------------------------|
| Nama Perusahaan Name of the Company | : _____ | _____ |
| Alamat Perusahaan Address of the Company | : _____ _____ | _____ |
| Nomor Telepon Perusahaan Phone Number of the Company | : _____ | _____ |
| Jabatan / Title | : _____ | _____ |
| Rincian Tugas / Job Description | : _____ | _____ |
| Rata-Rata Penghasilan per Bulan Average Income per Month | : _____ | _____ |
| Menderita Ketidakmampuan Total karena Suffered Total Disability due to | : <input type="checkbox"/> Sakit / <i>Illness</i> <input type="checkbox"/> Kecelakaan / <i>Accident</i> <input type="checkbox"/> Lain-lain / <i>Others</i> _____ | _____ |
| Tanggal Mengalami Sakit/ Kecelakaan Date of Illness/Accident | : _____ / _____ / _____ (tgl/bln/thn) / (dd/mm/yy) | |

Berikan gambaran secara singkat dan jelas mengenai gejala/kejadiannya. Apabila kolom yang disediakan tidak mencukupi, tambahkan keterangan di lembar sendiri / Please describe the symptoms/event briefly and clearly.

- Tanggal terakhir bekerja : _____
Date of last working
- Apakah Anda pada saat ini : _____
Are you at present
 - Hanya dapat berbaring? Ya Tidak
Only in lie down position? Yes No
Berikan gambaran secara singkat dan jelas mengenai kegiatan sehari-hari
Please describe your daily activities briefly and clearly
 - Hanya tinggal di rumah? Ya Tidak
Only stay at home? Yes No
Berikan gambaran secara singkat dan jelas mengenai kegiatan sehari-hari
Please describe your daily activities briefly and clearly
 - Dirawat di rumah sakit? Ya Tidak
Being hospitalized? Yes No
Tanggal perawatan : _____ / _____ / _____ s.d / to _____ / _____ / _____
Date of hospitalization (tgl/bln/thn) / (dd/mm/yy) (tgl/bln/thn) / (dd/mm/yy) hari / days
Nama dokter : _____
Name of doctor
Nama rumah sakit : _____
Name of hospital

Alamat rumah sakit : _____
Address of hospital

3. Apakah Anda menderita Ketidakmampuan Total untuk
Are you suffered Total Disability for

a. Melakukan seluruh kewajiban terhadap pekerjaan terakhir?
Performing the duties of your last occupation?

b. Bekerja atau melakukan jenis pekerjaan yang sesuai dengan pendidikan, latihan atau pengalaman Anda, guna mendapatkan penghasilan atau keuntungan?
Performing any duty based on your study, training or experience to get income?

4. a. Pernahkah Anda mencoba untuk bekerja sejak menderita Ketidakmampuan Total? Ya Tidak
Have you ever tried to work since you suffered Total Disability? Yes No

b. Jika "Ya", tanggal bekerja : _____ / _____ / _____ (tgl/bln/thn) / (dd/mm/yy)
kembali
If "Yes", date of start of work

5. Nama Dokter dan Rumah Sakit : _____
selama menderita Ketidakmampuan Total
Name of Doctor and Hospital during the Total Disability

a. Tanggal perawatan : _____ / _____ / _____ s.d / to _____ / _____ / _____
Date of hospitalization (tgl/bln/thn) / (dd/mm/yy) (tgl/bln/thn) / (dd/mm/yy) hari / days

b. Nama dokter : _____
Name of doctor

c. Nama rumah sakit : _____
Name of hospital

d. Alamat rumah sakit : _____
Address of hospital

05

PENERIMA MANFAAT PEMBAYARAN KLAIM PAYEE OF CLAIM PAYMENT

Apabila klaim disetujui, pembayaran akan ditransfer ke:
If the claim payment is approved, the payment will be transferred to:

1. Mata Uang : Rupiah USD
Currency

2. Nama Pemilik Rekening : _____
Account Holder Name

3. Nomor Rekening : _____
Account Number

4. Nama Bank : _____
Bank Name

5. Cabang Bank : _____
Bank Branch

6. Negara : _____
Country

7. Jenis Pembayaran : Sekaligus / Lump sum Bulanan / Monthly*
Payment Method*

* Hanya untuk Produk Tertentu (seperti Primajaga dan Proteksi Prima Amanah)

* Only for Certain Product (e.g. Primajaga and Proteksi Prima Amanah)

Pembayaran harus ditujukan kepada Pemegang Polis. Jika tidak, mohon agar Pemegang Polis membuat surat kuasa kepada yang diberi kuasa untuk menerima manfaat dengan menjelaskan alasannya. Biaya transfer dalam USD, yang dibebankan oleh Bank Penanggung dan Bank Penerima ditanggung oleh pemilik rekening tujuan/rekening penerima.

The payment must be paid to the Policyholder. If not, please provide power of attorney for the appointed person to receive the benefit along with the reason. Fee for transfer in USD charged by Bank of the Insurer and the Recipient Bank will be charged to the destination/recipient account holder.

Apakah Pemegang Polis sedang atau pernah memegang jabatan di Lembaga pemerintahan, Lembaga Negara, dan/atau Partai Politik di dalam atau di luar negeri ?
Does the Policyholder is or was holding positions in the Government Agencies, State Institutions, and/or Political party in domestic or overseas ?

Ya Tidak
Yes No

Bila Ya, mohon mengisi pertanyaan berikut
If Yes, please answer the following question

Nama : _____ Masa Jabatan : _____
Name Term of Service
Institusi : _____ Negara : _____
Institutions Country
Posisi : _____
Position

Saya/Kami, sebagai Pemegang Polis dan/atau Tertanggung dan/atau Tanggungan menyatakan setuju bahwa:
I/We, as the Policyholder and/or Insured and/or Dependent agree that:

Saya/Kami telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan pada formulir klaim ini dengan lengkap dan benar. Saya/Kami juga memahami bahwa keterangan tersebut di atas menjadi dasar Pertanggungan dan tidak terpisahkan dari Polis yang diminta. Oleh karenanya, saya/kami dengan ini memberi kuasa yang tidak dapat ditarik kembali kepada Manulife dengan hak substitusi untuk:

I/We have read, understood and answered all the questions in this claim form completely and correctly. I/We also understand that all information provided above will be used as the basic for Insurance and constitutes inseparable part of the Policy I/we applied for. Therefore, I/we hereby authorize Manulife with an irrevocable substitution right to:

a. Memperoleh dan melakukan verifikasi terhadap data/informasi mengenai diri, keadaan dan kesehatan atas diri saya/kami dari Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Bank, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Instansi Pemerintah, Perorangan atau Organisasi lainnya dan bertanggung jawab atas segala isinya

Obtain and verify any data/information of my/our being, condition and health from the Doctor, Clinic, Hospital, Public Health Centre, Bank, Insurance Company, Legal Entity, Government Institution, Personal or other Organization and responsible for any content.

b. Menggunakan, mengungkapkan, menyediakan data/informasi mengenai saya/kami yang diperoleh dan dikumpulkan oleh Manulife atau afiliasinya kepada pihak yang berkepentingan (termasuk namun tidak terbatas pada pihak reasuransi, penyidik klaim, bank/lembaga keuangan, asosiasi industri dan badan hukum lain, baik di dalam maupun di luar negeri) baik yang memiliki kerja sama atau tidak dengan Manulife atau afiliasinya untuk tujuan pembayaran klaim dan/atau melakukan proses lainnya yang terkait dengan Polis saya/kami maupun untuk penawaran produk asuransi atau produk keuangan lain, untuk tujuan pencegahan anti pencucian uang, suap dan anti-teroris atau terkait dengan sanksi ekonomi, yang berkaitan dengan proses pidana/perdata atau proses arbitrase, investigasi, audit atau pemeriksaan (termasuk penyelidikan internal, audit atau pemeriksaan) yang Manulife, afiliasi, karyawan atau agen dikenakan atau untuk tujuan lain sebagaimana yang diperkenankan oleh pedoman Manulife dan kode etik Manulife, hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Use, disclose, provide my/our data/information obtained and collected by Manulife or its affiliates to interested parties (including but not limited to the reinsurance, claims investigators, banks/financial institutions, industry associations and other legal entities, both local or abroad) whether or not in cooperation with Manulife or its affiliates for the purpose of claim payment and/or other processes associated with my/our Policy or for the purpose other insurance or financial products offering, prevention of anti-money laundering, bribery and anti-terrorist or economic sanctions which relating to any criminal/civil or arbitral proceedings, investigations, audits or inspections (including internal investigation, audit or inspection) to which Manulife, its affiliates, employee or agent is subject to or for other purposes as permitted by the applicable Manulife guidelines and Manulife code of conduct, laws and regulations.

Ditandatangani di/ Signed in : _____

Tanggal / Date : ____ / ____ / ____ (tgl/bln/thn) / (dd/mm/yy)

| Pemegang Polis Policyholder | Tertanggung/Tanggung/Peserta/Peserta Tambahan Insured/Dependent/Participant |
|---------------------------------------|--|
| MATERAI | |
| Tandatangan & Nama / Signature & Name | Tandatangan & Nama / Signature & Name |

INFORMASI PENTING IMPORTANT INFORMATION

1. Apabila pemohon tinggal atau sedang berada di luar negeri dan meminta kerabat atau pihak lain yang tinggal di Indonesia untuk mengajukan klaim, pemohon harus memberikan surat kuasa kepada kerabat atau pihak lain tersebut beserta KTP kerabat/pihak lain yang diberikan kuasa.
If the claimant lives or is in abroad and requests his/her relative or other person who lives in Indonesia to submit the claim, the claimant must provide a power of attorney to his/her relative or other person attached with the identity card of the relative/other person appointed as the claimant attorney.
2. Untuk pengajuan klaim dari luar negeri, formulir klaim dan surat kuasa untuk pengajuan klaim (jika ada) harus ditandatangani dan dinotarisasi di depan pejabat notaris atau publik setempat serta dilegalisasi oleh pejabat konsulat jenderal atau kedutaan besar Indonesia di lokasi terdekat di negara tempat tinggal atau pemohon berada.
For any claim submission from abroad, the claim form and the power of attorney (if any) must be executed and notarized before the local public notary and legalized by an official of the Indonesian consulate general or ambassador in the country where the claimant lives or stay.

PERSYARATAN DOKUMEN PENGAJUAN KLAIM YANG WAJIB DILAMPIRKAN REQUIRED DOCUMENTS FOR CLAIM SUBMISSION

1. Surat keterangan dokter yang telah diisi (Bagian dari formulir ini)
Filled Attending Physician's Statement (part of this form)
2. Fotokopi legalisir hasil-hasil pemeriksaan penunjang yang telah dilakukan (hasil laboratorium/Rontgen/CT Scan/MRI dll)
Legalized photocopy the result's of other tests (Laboratory's/Rontgen's/CT Scan's/ MRI's results, etc)

Bila terdapat perubahan atau identitas terbaru, harap melampirkan dokumen berikut:
If there are any changes or issuance of new ID please enclosed one of the following:

1. Identitas Pemegang Polis : KTP / ID Card Paspor (Khusus WNA) / Passport (Foreigner Only)
Policy Holder ID KK/Akte Lahir* / Family Card/Birth Certificate
2. Identitas Peserta / Tertanggung : KTP / ID Card Paspor (Khusus WNA) / Passport (Foreigner Only)
Insured / Participant ID KK/Akte Lahir* / Family Card/Birth Certificate

*WNI < 17 tahun / for customer < 17 years old

ISI/LENGGAPI/CORET APABILA PERLU | BERI TANDA DALAM KOTAK PERTANYAAN PILIHAN | JIKA PENGISIAN SALAH HARAP DICORET & DITANDATANGANI (DILARANG MENGGUNAKAN TIP EX) | DATA WAJIB DIISI DENGAN BENAR & LENGKAP | JANGAN MENANDATANGANI FORMULIR DENGAN KEADAAN KOSONG

FILL/COMPLETE/CROSSED OUT IF NECESSARY | GIVE THE SIGN INSIDE THE BOX QUESTION | PLEASE CROSSED OUT & SIGNED IF FILLING INCORRECT (DO NOT USE TIPE EX) | DATA MUST BE FILLED IN CORRECTLY AND COMPLETELY

SURAT KETERANGAN DOKTER - KETIDAKMAMPUAN TOTAL ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT - TOTAL DISABILITY

Untuk diisi dengan lengkap oleh Dokter yang merawat
To be filled in by the attending physician

Nama Pasien : _____
 Name of the Patient

Tanggal Lahir : ____ / ____ / ____ (tgl/bln/thn) / (dd/mm/yy)
 Date of Birth

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

Tanggal perawatan : ____ / ____ / ____ s.d / to ____ / ____ / ____ _____
 Date of hospitalization (tgl/bln/thn) / (dd/mm/yy) (tgl/bln/thn) / (dd/mm/yy) hari / days

Apakah perawatan di atas berhubungan dengan kecelakaan Ya Tidak
 Does the above treatment related to the accident? Yes No

Tanggal terjadinya kecelakaan : ____ / ____ / ____ (tgl/bln/thn) / (dd/mm/yy)
 Date of accident

Apakah pasien ini melakukan konsultasi ke dokter lain/rumah sakit lain sebelum melakukan konsultasi ke dokter? Ya Tidak
 Has this patient consulted to any doctor(s)/hospital(s) prior to first consultation with you? Yes No

Jika "Ya", mohon bantuannya untuk menyebutkan nama dan alamat dokter atau rumah sakit tersebut
 If "Yes", please provide the name and address of the doctor(s)/hospital(s)

Apakah pasien ini merupakan pasien tetap dari dokter? Ya Tidak
 Are you this patient's usual medical doctor? Yes No

Jika "Ya", sejak kapan? : ____ / ____ / ____ (tgl/bln/thn) / (dd/mm/yy)
 If "Yes", since when?

Tanggal pertama kali pasien ini melakukan konsultasi dengan kondisi saat ini : ____ / ____ / ____ (tgl/bln/thn) / (dd/mm/yy)
 Date of this patient's consultation for the current condition

Mohon bantuannya untuk menjelaskan gejala yang ada dan tanggal pertama kali gejala itu timbul
 Please state symptoms presented and date of first symptoms arise

| Gejala yang timbul saat pertama kali konsultasi Symptoms presented at first consultation | Tanggal mulai terjadinya gejala-gejala Date of first started of the symptoms |
|---|---|
| | |
| | |
| | ____ / ____ / ____ (tgl/bln/thn) / (dd/mm/yy) |
| | |

Diagnosa atau dugaan diagnosa
Diagnose or Pre diagnose:

Tanggal diagnosa : _____ / _____ / _____ (tgl/bln/thn) / (dd/mm/yy)
Date of diagnose

Tanggal hasil diagnosa diberitahukan : _____ / _____ / _____ (tgl/bln/thn) / (dd/mm/yy)
kepada pasien atau keluarganya
Date of diagnose was made known to
the patient or his/her family

Jenis serta hasil pemeriksaan fisik/pemeriksaan penunjang lainnya (rontgen/hasil PA/CT-Scan, dll)
Physical examination result or other examination result (X-ray/clinical pathology/CT-Scan, etc)

Penyebab diagnosa tersebut
Underlying disease of that diagnose

Tanggal pertama kali diketahui : _____ / _____ / _____ (tgl/bln/thn) / (dd/mm/yy)
penyebab diagnosa tersebut
Date of the first time the underlying
disease was diagnosed

Apakah ada terapi atau penanganan yang berbeda dari konsultasi sebelumnya pada pasien ini?
Are there any different treatment that she/he received?

Kondisi apa yang berbeda dari konsultasi sebelumnya pada pasien ini?
What condition are different from the previous consultation on this patient?

Peningkatan kondisi apa yang terjadi pada pasien ini sejak rehabilitasi dilakukan sampai dengan saat ini?
What are the improvements from rehabilitation until now?

Tanggal terakhir pasien ini melaku- : _____ / _____ / _____ (tgl/bln/thn) / (dd/mm/yy)
kan program rehabilitasi medik
Date of the patient last underwent
rehabilitation program

Apakah pasien ini mengalami kehilangan/kehilangan fungsi atas
Does the patient loss or loss of function of:

- | | | |
|---|---------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Kedua lengan atau kedua tungkai (tidak termasuk tangan dan kaki) : Both arms or both legs (excluding hand and foot) | <input type="checkbox"/> Ya/Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/No |
| 2. Satu lengan dan satu kaki (tidak termasuk tangan dan kaki) : One arm and one legs (excluding hand and foot) | <input type="checkbox"/> Ya/Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/No |
| 3. Satu lengan atau satu kaki (tidak termasuk tangan dan kaki) One arm or one legs (excluding hand and foot) | <input type="checkbox"/> Ya/Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/No |
| 4. Pengelihan kedua mata : Sight in both eyes | <input type="checkbox"/> Ya/Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/No |
| 5. Pengelihan satu mata : Sight in one eye | <input type="checkbox"/> Ya/Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/No |

6. Pendengaran kedua telinga : Ya/Yes Tidak/No
 Hearing in both ears
7. Pendengaran satu telinga : Ya/Yes Tidak/No
 Hearing in one ear
8. Kemampuan bicara : Ya/Yes Tidak/No
 Ability to speech

Apakah pasien ini dapat melakukan aktifitas sehari-hari tanpa bantuan sepenuhnya dari alat bantu mekanik atau orang lain?
 Is the patient able to do his/her activities with his/her current condition, without support from mechanical tool or assistance?

1. Mandi : Ya/Yes Tidak/No
 Bathing
2. Makan : Ya/Yes Tidak/No
 Eating
3. Berpakaian : Ya/Yes Tidak/No
 Dressing
4. Menggunakan toilet : Ya/Yes Tidak/No
 Toileting
5. Naik/turun dari tempat tidur/kursi : Ya/Yes Tidak/No
 Get on/off the bed/chair
6. Mengangkat : Ya/Yes Tidak/No
 Lifting
7. Berdiri : Ya/Yes Tidak/No
 Standing
8. Berpindah ruangan : Ya/Yes Tidak/No
 Moving around from one room to another room on the same floor

Saya sebagai dokter yang merawat pasien di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar
 I as a doctor who treated the patient, certify that I have read and answered the above questions completely and correctly

Nama dokter : _____

Name of doctor

Nama rumah sakit : _____

Name of hospital

Alamat rumah sakit : _____

Address of hospital

Ditandatangani di/ Signed in : _____ Tanggal / Date : ____ / ____ / ____ (tgl/bln/thn) / (dd/mm/yy)

| Dokter Doctor | Cap Rumah Sakit/Klinik Hospital / Clinic Stamp |
|---------------------------------------|---|
| Tandatangan & Nama / Signature & Name | Tandatangan & Nama / Signature & Name |