

PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia

 Sampoerna Strategic Square, South Tower, Jl. Jend. Sudirman Kav 45-46, 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 harus diisi dengan benar, lengkap dan jelas tanpa pembebanan kepada PTAsuransi Jiwa Manulife Indonesia. / *All questions in this claim form should be answered correctly, completely & clearly, without any charge to PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia.*
- Dokumen & Hasil-hasil pemeriksaan penunjang, wajib dilampirkan. / *Documents & Supporting examination/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 Identity 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 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 KETIDAKMAMPUAN TOTAL TETAP
TOTAL PERMANENT DISABILITY CLAIM FORM**
 TPD (Total Permanent Disability) WP (Waiver of Premium) PB (Payor Benefit)

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

Nomor Polis / Policy Number	:	<input type="text"/>
Nama Pemegang Polis / Name of the Policy Owner	:	<input type="text"/>
Nomor KTP / ID Number	:	<input type="text"/>
Tempat Tgl. Lahir, Usia / Place and Date of Birth, Age	:	<input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> Tahun / Year (tgl bln thn / dd mm yyyy)
Alamat Korespondensi (Jika berbeda dengan KTP) / Correspondence Address (if different with ID)	:	<input type="text"/> Kode Pos / Zip Code : <input type="text"/>
Telepon / Telephone	:	Ktr / Off : <input type="text"/> Rmh / Res : <input type="text"/> HP / Cellphone : <input type="text"/>
Faksimili / Facsimile	:	<input type="text"/> E-mail : <input type="text"/>

Nama Tertanggung/Peserta / Name of the Insured/Participant	:	<input type="text"/>
Tempat Tgl. Lahir, Usia / Place and Date of Birth, Age	:	<input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> Tahun / Year (tgl bln thn / dd mm yyyy)
Jenis Kelamin / Sex	:	<input type="radio"/> Laki-laki / Male <input type="radio"/> Perempuan / Female
Hub. dgn. Pemegang Polis Relationship with the Policy Owner	:	<input type="radio"/> Anak / Child <input type="radio"/> Istri / Wife <input type="radio"/> Suami / Husband <input type="radio"/> Diri Sendiri / Self the Insured <input type="radio"/> Lain-lain / Others : <input type="text"/>
Telah dirawat di Rumah Sakit oleh karena / Hospitalized due to	:	<input type="radio"/> Sakit / Illness <input type="radio"/> Kecelakaan / Accident <input type="radio"/> Lain-lain / Others : <input type="text"/>
Tanggal / Date	:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jam / Hour <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>

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

 Nama Perusahaan Asuransi / Name of Insurer : Nomor Polis/Policy Number :
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	:	<input type="radio"/> Rupiah <input type="radio"/> US\$
No Rekening / Account Number	:	<input type="text"/>
Nama Pemilik Rekening / Account Holder Name	:	<input type="text"/>
Nama Bank / Bank Name	:	<input type="text"/>
Cabang Bank / Bank Branch Name	:	<input type="text"/>
Negara / Country of Bank	:	<input type="text"/>
Kewarganegaraan / Nationality	:	<input type="text"/>

(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 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.*



SURAT KETERANGAN DOKTER / ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT

FORM : 4C

Nama Pasien / *Name of the Patient* _____
 Tempat Tgl. Lahir; Usia / *Place and Date of Birth; Age* _____, / Tahun / *Year*
 (tgl bln thn/ dd mm yyy)
 Jenis Kelamin / *Sex* Laki-laki / *Male* Perempuan / *Female*
 Tanggal Perawatan / *Date of hospitalization* s.d = Hari
 (tgl bln thn/ dd mm yyy) to *days*
 Apakah pasien ini melakukan konsultasi ke dokter lain/rumah sakit lain sebelum melakukan konsultasi ke dokter? Ya / *Yes* Tidak / *No*
Has the patient consulted any other doctor(s)/hospital(s) prior to first consultation with you?
 Jika "Ya", maka 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 dokter? / *Are you the patient's usual medical doctor?* Ya / *Yes* Tidak / *No*
 Bila "Ya", sejak kapan? / *If "Yes", since when?* (tgl bln thn / dd mm yyyy)

Tanggal pertama kali pasien ini melakukan konsultasi dengan kondisi saat ini: (tgl bln thn / dd mm yyyy)
Date of first consultation for the current condition:
 Mohon bantuannya untuk menjelaskan gejala yang ada dan tanggal pertama kali gejala tersebut timbul
Please state symptoms presented and date symptoms first appeared

Gejala-gejala yang timbul saat pertama kali konsultasi/ <i>Symptoms Presented at First Consultation</i>	Tanggal mulai terjadinya gejala-gejala <i>Date symptoms first started</i>

Apa diagnosa anda? / *What was your diagnosis?* _____

Tanggal Diagnosa: / *Date of Diagnosa:* (tgl bln thn / dd mm yyyy)
 Tanggal hasil Diagnosa diberitahukan kepada pasien: (tgl bln thn / dd mm yyyy)
Date Diagnosis was made known to the Patient

Penyebab Diagnosa tersebut / *Underlying Disease* _____

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

Apakah pengobatan/penanganan yang sedang diterima pasien? / *What treatment is he currently receiving?*

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

Apakah peningkatan kondisi sejak rehabilitasi dilakukan sampai sekarang? / *What are the improvement from the day of rehabilitation until now?*

Tanggal terakhir pasien melakukan program rehabilitasi medik: / *Date the patient last underwent Rehabilitation Programs:*

Mohon bantuan Dokter untuk menilai aktivitas umum sehari-hari untuk pasien ini dengan kondisinya saat ini:
Please asses the daily activities of this patient with his/her current condition:

Jenis Test <i>Date symptoms first started</i>	Tidak terbatas <i>(Not limited)</i>	Terbatas Ringan <i>(Mildly limited)</i>	Terbatas sedang <i>(Moderately limited)</i>	Terbatas berat <i>(Not limited)</i>
Melihat / <i>Seeing / Vision</i>				
Berfikir / <i>Thinking</i>				
Mengangkat / <i>Lifting</i>				
Berdiri / <i>Standing</i>				
Berjalan / <i>Walking</i>				
Berpindah posisi / <i>Mobility</i>				
Mandi / <i>Showering</i>				
Makan / <i>Eating</i>				
Menggunakan Toilet / <i>Bowel and bladder management / toileting</i>				
Berpakaian / <i>Dressing</i>				
Bekerja menggunakan kedua tangan / <i>Working with both hands</i>				
Jongkok / <i>Squatting</i>				
Berlutut / <i>Kneeling</i>				
Naik-turun tangga / <i>Walking up and down stairs</i>				
Berjalan di tempat yang kurang rata / <i>Moving around/waiking</i>				
Membungkuk / <i>Bowing</i>				

Mohon dijelaskan sampai dimana ketidakmampuan pasien membatasi untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari pada umumnya:
Please elaborate to what extend does his disability limit his normal activities of daily living:

Saya, sebagai dokter yang merawat pasien tersebut 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 / Klinik / *Name of Hospital / Clinic* : _____
 Alamat Rumah Sakit / Klinik / *Address of Hospital / Clinic* : _____

Tempat & Tanggal /
Place & Date

Tandatangan / Nama Dokter & No. SIP Dokter
Signature / Name of Doctor

Cap Rumah Sakit / Klinik
Stamp of Hospital / Clinic

MENERANGKAN DENGAN SEBENARNYA, BAHWA / *TRULY STATED, THAT*
DATA PEKERJAAN / *DATA OF OCCUPATION*

	<i>SEBELUM KEJADIAN / BEFORE EVENT</i>	<i>SESUDAH KEJADIAN / AFTER EVENT</i>
Nama Perusahaan / <i>Name of the Company</i>	_____	_____
Alamat Perusahaan / <i>Address of Company</i>	_____ _____	_____ _____
Telepon Perusahaan / <i>Telephone of Company</i>	_____	_____
Bidang Usaha / <i>Type of Occupation</i>	_____	_____
Jabatan / <i>Title</i>	_____	_____
Rincian Tugas / <i>Job Description</i>	_____ _____ _____	_____ _____ _____
Rata-rata Penghasilan Per bulan / <i>Average income per month</i>	_____	_____

Telah menderita Ketidakmampuan Total karena / : Sakit / *Illness* Kecelakaan / *Accident* Lain-lain / *Others* : _____
Total Disability due to

Tanggal dimulainya sakit / terjadi kecelakaan / : (tgl bln thn / *dd mm yyyy*)
Date of sick / accident begin

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.*

Keterangan tambahan (Wajib diisi) :

Apakah Tertanggung/Peserta/Penerima Manfaat/Yang Ditunjuk/Wakil Ahli Waris atau keluarga dekat Tertanggung/Peserta/Penerima Manfaat/ Yang Ditunjuk/ Wakil Ahli Waris sedang atau pernah memegang jabatan di pemerintahan baik di dalam atau luar negeri ?/ *Have the insured/ participant/ beneficiary/ appointed/heirs or their close family insured/participant/beneficiary/appointed/heirs 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/Peserta/Penerima Manfaat/Yang ditunjuk/Wakil Ahli Waris : _____
Relationship with insured/participant/beneficiary/appointed/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*: _____

KETERANGAN AKTIVITAS / DATA OF ACTIVITY

Tanggal terakhir bekerja / <i>Date of last working day</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (tgl bln thn / dd mm yyyy)
<p>Apakah Anda pada saat ini / <i>Are you at present:</i></p> <p>a. Hanya dapat berbaring? / <i>Only a lying position?</i> Berikan gambaran secara singkat & jelas mengenai kegiatan sehari-hari / <i>Please describe shortly & clearly of activity everyday.</i></p> <p>b. Hanya tinggal dirumah? / <i>Only stay at home?</i> Berikan gambaran secara singkat & jelas mengenai kegiatan sehari-hari / <i>Please describe shortly & clearly of activity everyday.</i></p> <p>c. Dirawat di Rumah Sakit? / <i>Being hospitalized?</i></p> <p>- Tanggal Perawatan / <i>Date of hospitalization</i></p> <p>- Nama dokter / <i>Name of doctor</i></p> <p>- Nama Rumah Sakit / <i>Name of hospital</i></p> <p>- Alamat Rumah Sakit / <i>Address of hospital</i></p>	<p><input type="radio"/> Ya / <i>Yes</i> <input type="radio"/> Tidak / <i>No</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="radio"/> Ya / <i>Yes</i> <input type="radio"/> Tidak / <i>No</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="radio"/> Ya / <i>Yes</i> <input type="radio"/> Tidak / <i>No</i></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> s.d <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Hari (tgl bln thn/ dd mm yyy) to (tgl bln thn/ dd mm yyy) days</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Apakah Anda menderita Ketidakmampuan untuk / <i>Have you been totally disabled for:</i></p> <p>Melakukan seluruh kewajiban terhadap pekerjaan terakhirnya? / <i>Performing the duties of your last occupation?</i></p> <p>b. Bekerja atau melakukan jenis pekerjaan yang sesuai dengan pendidikan, latihan atau pengalamannya, guna mendapatkan penghasilan atau keuntungan? / <i>Performing any duty based on study, training or experience to get income?</i></p>	<p><input type="radio"/> Ya / <i>Yes</i> <input type="radio"/> Tidak / <i>No</i></p> <p><input type="radio"/> Ya / <i>Yes</i> <input type="radio"/> Tidak / <i>No</i></p>
<p>a. Pernahkah Anda mencoba untuk bekerja semenjak menderita ketidakmampuan total? / <i>Have you ever trying to work since totally disabled?</i></p> <p>b. Jika "YA", tanggal bekerja kembali / <i>If "YES", date of start of work</i></p>	<p><input type="radio"/> Ya / <i>Yes</i> <input type="radio"/> Tidak / <i>No</i></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (tgl bln thn / dd mm yyyy)</p>
<p>Nama dokter & Rumah Sakit selama Menderita ketidakmampuan total / <i>Name of doctor & Hospital during since totally disabled</i></p> <p>- Tanggal Perawatan / <i>Date of hospitalization</i></p> <p>- Nama dokter / <i>Name of doctor</i></p> <p>- Nama Rumah Sakit / <i>Name of hospital</i></p> <p>- Alamat Rumah Sakit / <i>Address of hospital</i></p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (tgl bln thn / dd mm yyyy) s.d <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Hari <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (tgl bln thn / dd mm yyyy) = <input type="text"/> <input type="text"/> days</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Saya, selaku Pemegang Polis bersama-sama dengan Tertanggung 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 Pertanggung 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>I as a Policy Owner together with the Insured 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.</i></p>	

PEMANG POLIS / POLICY OWNER

TERTANGGUNG/PESERTA /
INSURED/PARTICIPANTTempat & Tanggal / *Place & Date*Tandatangan & Nama / *Signature & Name*Tandatangan & Nama / *Signature & Name*