



**PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia**

Sampoerna Strategic Square, South Tower, Lantai 3 - 17, Jl. Jend. Sudirman Kav 45, Jakarta 12930  
Customer Contact Center : (62-21) 2555 7777 Telp. : (62-21) 2555 7788 Fax. : (62-21) 2555 7799  
www.manulife-indonesia.com  
E-mail : glh\_cs\_id@manulife.com

**FORMULIR KLAIM RAWAT JALAN ASURANSI KUMPULAN  
GROUP OUTPATIENT INSURANCE CLAIM FORM**

**PETUNJUK PENGAJUAN KLAIM / GUIDELINE OF CLAIM SUBMISSION**

1. Formulir ini harus diisi dengan lengkap, benar dan jelas. Klaim hanya dapat diproses bila semua dokumen telah dilengkap. / *This Form should be filled in correctly, completely and clearly. Claim is only going to be processed if all supporting documents are attached*
2. Klaim dapat diteliti hanya bila semua dokumen pengajuan klaim (formulir klaim, kwitansi asli dengan perinciannya, copy resep obat-obat, hasil pemeriksaan penunjang diagnostik) telah dilampirkan dengan lengkap. / *For the purpose of medical claim, all original receipts, details of treatment, copy of medicine prescription and other supporting examinations should be attached*

**BAGIAN A. KETERANGAN TERTANGGUNG / INFORMATION OF INSURED (diisi oleh peserta yang meng-klaim/filled in by claimant)**

Pemegang Polis / Policy Holder : .....	Nomor Polis / Policy Number : .....
Nama Karyawan / Employee's Name : .....	Diisi bila pasien adalah keluarga karyawan / : Filled in if patient is employee's family member
Jabatan / Position : .....	Nama Pasien : .....
Tanggal Lahir / Date of Birth : .....	Hubungan Keluarga : <input type="checkbox"/> istri / <input type="checkbox"/> suami / <input type="checkbox"/> anak / wife husband child
Nomor Sertifikat / Certificate number : .....	Tanggal lahir : .....
	Nomor Sertifikat : .....

**PERNYATAAN PEMBERIAN KUASA /  
POWER OF ATTORNEY**

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan benar. Dengan ini saya memberi kuasa kepada setiap Dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, perusahaan asuransi dan badan hukum, perorangan atau organisasi lainnya yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan kesehatan saya untuk memberitahukan kepada PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala keterangan mengenai diri dan kesehatan saya. Copy dari pernyataan ini sama kuat dan sahnyanya seperti aslinya. / *I declare that I have read, understood and answered all the questions above completely and correctly. I hereby authorize any physician, clinic, hospital, public health center, insurance company, legal institution, personal or other organizations that has any records or information on the health of participant to inform PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia or its authorized, any explanation about my health-condition. A photographic copy of this statement should be as valid and legal as the original.*

Ditandatangani di / Sign in ..... tanggal / dated .....

Dibuat oleh, / Made by .....

(tanda tangan, nama jelas & stempel Perusahaan)  
(signature, name, stamp of company)

Jabatan / Position:

(tanda tangan, nama jelas karyawan/keluarga karyawan)  
(signature, name of employee/employee family)

- Formulir ini berlaku juga untuk klaim perawatan gigi dan kacamata, sesuai dengan pertanggung jawaban peserta dalam polis / *This claim form can be used for treatment that related to Dental and Vision, according to Participant's benefit in policy.*