

FORMULIR PERMINTAAN DAN PERTANYAAN KESEHATAN UNTUK ASURANSI *)
Pertanggungjawaban Dasar:

Pertanggungjawaban Tambahan:
 Payor Benefit / Payor Benefit Plus

*) Beri tanda pada pertanggungjawaban yang dipilih, dan selain Payor Benefit/Payor Benefit Plus silahkan isi pada kolom yang tersedia untuk Pertanggungjawaban Tambahan yang diajukan

DATA PRIBADI

1. a. Nama Tertanggung/Peserta :
 b. Nama Pemegang Polis :
 c. Nama Pembayar Kontribusi/Premi (Payor) **) :
 d. Hubungan dengan Tertanggung/Peserta **) :

**) Diisi jika Pertanggungjawaban Tambahan yang dipilih "Payor Benefit"

Untuk Pertanggungjawaban Tambahan Payor Benefit, pertanyaan-pertanyaan tersebut dibawah ini harus diisi dengan data Payor.

2. Data Tertanggung/Peserta/Payor :

Tempat, Tanggal Lahir	Usia	Sex	Status	No. KTP/SIM/Paspor/ Identitas Lain	Kewarganegaraan
Sex: P = Pria		W = Wanita		Status: B = Belum Kawin	
				K = Kawin C = Cerai	

3. Pekerjaan, jabatan dan rincian tugas (sebutkan dengan lengkap):
4. Alamat Kantor/ : Alamat Domisili/ :
 Tempat Profesi : Tempat Tinggal/ :
 : Lain-lain :
 Kode Pos : Kode Pos :
 Nomor Telepon : Nomor Telepon :
5. Apakah Anda melakukan aktivitas yang berbahaya secara rutin? Ya Tidak
 Contoh: penerbangan (sebagai awak pesawat), balap/rally mobil/motor, menyelam, terjun payung, mendaki gunung, polo, ski, ski air.
 Bila "Ya" Jelaskan
- Apakah hobi anda?
6. a. Apakah Anda memiliki Polis Asuransi Jiwa, baik pada kelompok usaha Manulife atau Perusahaan Asuransi lain? Ya Tidak
 b. Apakah Anda juga dipertanggungjawabkan pada Rider (Pertanggungjawaban Tambahan) di polis lain? Ya Tidak
 No. Polis :
 Nama Perusahaan :

Nama Perusahaan	Uang Pertanggungjawaban	Jenis Perlindungan (dapat memilih lebih dari 1)
		<input type="checkbox"/> Keluarga
		<input type="checkbox"/> Pendidikan
		<input type="checkbox"/> Hari Tua
		<input type="checkbox"/> Kesehatan
		Lainnya, Sebutkan

Polis terakhir diterbitkan tahun

7. Apakah Surat Permintaan ini sebagai pengganti dari Surat Permintaan/Polis lain? Ya Tidak
 Bila "Ya" jelaskan tujuannya dan tuliskan nomor Polis, jumlah Uang Pertanggungjawaban serta nama Perusahaan Asuransinya
8. Apakah sedang mengajukan permintaan Asuransi Jiwa lain? Ya Tidak
 Nama Perusahaan Asuransi dan Uang Pertanggungjawaban
9. Apakah Permintaan Asuransi Jiwa atau Polis pernah ditolak, ditunda, dikenakan ekstra Premi, dikenakan persyaratan khusus atau dibatalkan oleh Perusahaan? Ya Tidak

DATA KESEHATAN CALON TERTANGGUNG/PESERTA/PAYOR	Ya	Tidak	No	Keterangan
--	----	-------	----	------------

10. Apakah sekarang Anda dalam keadaan sehat?
Bila "Tidak" jelaskan Ya Tidak
11. Berat Badan _____ Kg Tinggi Badan _____ Cm
Dalam 12 (dua belas) bulan terakhir apakah ada perubahan berat badan? Jelaskan Ya Tidak
12. 1. Khusus Perempuan:
a. Apakah Anda sekarang sedang hamil?
Bila "Ya" usia kehamilan Anda _____ bulan / _____ minggu Ya Tidak
b. Apakah Anda pernah/sedang/pernah diberitahu mengalami kelainan payudara, rahim atau indung telur, haid yang lama, menjalani pemeriksaan Pap Smear, Mammogram atau pemeriksaan kandungan lainnya atau dianjurkan melakukan pemeriksaan dalam 12 (dua belas) bulan mendatang?
Bila "Ya" jelaskan
2. Khusus Anak berusia ≤ 5 tahun:
Nama dan alamat dokter yang biasa dikunjungi: Ya Tidak
Berat badan lahir _____ gram
Apakah ada riwayat kelahiran prematur (usia kehamilan < 37 minggu)? Ya Tidak
Jika "Ya", usia kehamilan ibu saat itu _____ minggu
13. Apakah Anda mempunyai kebiasaan:
a. Merokok dalam 12 (dua belas) bulan terakhir?
Bila "Ya", _____ batang per hari, selama _____ tahun. Ya Tidak
Bila "Tidak", apakah pernah, kapan berhenti dan mengapa? Ya Tidak

Ya	Tidak	No	Keterangan
----	-------	----	------------

- b. Minum-minuman beralkohol? Bila "Ya", lengkapi kolom dibawah ini:
- | Konsumsi dalam seminggu (ml) | Jenis Minuman | | | |
|------------------------------|---------------|------|--------------|---------------|
| | Beer | Wine | Chinese Wine | Whisky/Brandy |
| | | | | |
- Bila "Tidak", apakah pernah, kapan berhenti dan mengapa? Ya Tidak
- c. Menggunakan narkotik/obat terlarang atau penenang?
Bila "Ya", jelaskan jenisnya
Jumlahnya _____ per hari
Bila "Tidak", apakah pernah, kapan berhenti dan mengapa? Ya Tidak

Untuk No. 14 s/d 27, bila ada jawaban "Ya" jelaskan pada kolom keterangan.

Apakah Anda	Ya	Tidak
14. Dalam 5 (lima) tahun terakhir:		
a. Melakukan konsultasi dengan dokter, menjalani rawat inap/rawat jalan, pembedahan, biopsi?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Menjalani pemeriksaan laboratorium, Rontgen atau yang khusus, contoh EKG, Treadmil, Echo, USG, CT Scan, MRI?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Menjalani pengobatan ahli jwa, radiasi, kemoterapi, tradisional atau pengobatan alternatif?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Mengalami keracunan atau kecelakaan? Bila "Ya", jelaskan akibatnya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Dalam 2 (dua) tahun terakhir:		
a. Menerima atau melakukan pada diri sendiri suntikan tanpa resep dokter?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Menerima transfusi darah atau ditolak untuk donor darah?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apakah Anda pernah / sedang / pernah diberitahu mengalami gejala/gangguan pada :	Ya	Tidak
16. Mata: fungsi penglihatan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Telinga, Hidung, Tenggorok dan Mulut: fungsi pendengaran/bicara?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Paru-paru: batuk lama, TBC, batuk darah, <i>bronchitis</i> , asma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Jantung dan Pembuluh Darah: Tekanan Darah Tinggi, nyeri dada, penyempitan/penyumbatan, berdebar tak teratur, sakit jantung, <i>varices</i> , gangguan peredaran darah?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Organ Perut: sakit kuning, batu empedu, sakit maag, muntah darah, buang air besar berdarah, wasir, hernia, sering diare?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Sistem Kemih dan Kelamin: batu, kencing nanah/darah, sakit prostat, sakit ginjal, penyakit kelamin?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Sistem Saraf: kejang, epilepsi, lumpuh, pingsan, stroke, vertigo, gangguan mental?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ya	Tidak
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- 23. Sistem Otot, Tulang dan Kulit: amputasi, rematik, gangguan tulang belakang, patah tulang, polio, nyeri sendi, kelainan kulit, kusta, tahi lalat yang membesar dengan cepat?
- 24. **Sistem Kelenjar dan Darah:** gangguan hormon, gondok, asam urat, kencing manis, pembesaran kelenjar getah bening, kolesterol, kurang darah, leukemia?
- 25. **Sistem Kekebalan dan Infeksi:** HIV/AIDS, risiko terkena AIDS, malaria, disentri amuba, alergi, lupus?
- 26. **Pertumbuhan Sel:** Tumor atau Kanker atau benjolan?
- 27. **Lain-lain** yang tidak disebut di atas, termasuk cacat bawaan?

Keterangan lengkap: (kapan, berapa lama, dimana, pengobatan, nama Rumah Sakit dan Dokter, kondisi sekarang)

No.	Keterangan
.....
.....

28a. Keterangan keluarga pasangan Tertanggung/ Peserta utama	Masih Hidup						Sudah Meninggal
	Usia	Keadaan Kesehatan	Adakah Penyakit				Sebab-sebab Meninggal
			Darah Tinggi	Jantung	Kencing Manis	Kanker	
Ayah	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Ibu	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Istri/Suami	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Saudara Pria ___ orang	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Saudara Wanita ___ orang	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

*) Jika lebih dari satu anggota keluarga, mohon ditulis anggota keluarga yang sedang sakit atau yang paling muda.
 28.b. Apakah ada anggota keluarga yang menderita tumor: payudara, leher rahim, indung telur, usus besar atau tumor lainnya, stroke, *haemochromatosis* (penimbunan besi pada organ tubuh), kista ginjal, multiple sclerosis, parkinson atau penyakit turunan lainnya? Jika ada, jelaskan

KETERANGAN TAMBAHAN (WAJIB DIISI)

Apakah anda adalah (i) Warga Negara Amerika Serikat (ii) Non Wajib Pajak Amerika Serikat namun wajib membayar pajak ke Amerika Serikat (karena merupakan pemegang card Amerika Serikat atau telah menetap di Amerika Serikat untuk suatu waktu tertentu/Resident Alien Amerika Serikat atau (iii) Wajib Pajak Amerika Serikat YA TIDAK

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan pada *Formulir Permintaan dan Pertanyaan Kesehatan Untuk Asuransi* ini dengan lengkap dan benar. Saya juga memahami bahwa jawaban dan keterangan tersebut diatas menjadi Dasar Pertanggungjawaban 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, Perorangan atau Organisasi lainnya.

Ditandatangani di _____ Tanggal _____

Pemegang Polis Tertanggung/Peserta/
Pembayar Kontribusi/Premi (Payor)

(.....) (.....)
Tanda tangan dan Nama Jelas Tanda tangan dan Nama Jelas

Agen
 Saya sudah bertemu dan melihat lansung Tertanggung
 Peserta/Pembayaran Kontribusi/Premi (Payor)

(.....)
 Tanda tangan dan Nama Jelas
 Kode Agen :

PERHATIAN : TANDATANGANI SETELAH YAKIN JAWABAN TELAH SESUAI DENGAN SEBENARNYA. JANGAN MENANDATANGANI DALAM KEADAAN KOSONG!