

**PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia**

Sampoerna Strategic Square, South Tower, Jl. Jend. Sudirman Kav 45-46, Jakarta 12930

Customer Contact Center : (62-21) 2555 7777

Tel : (62-21) 2555 7788 Fax : (62-21) 2555 7799

www.manulife-indonesia.com

**KETERANGAN PRIBADI  
(PERGUNAKAN TINTA HITAM, SETIAP PERUBAHAN DIPARAF OLEH CALON)**

1. NAMA	TANGGAL LAHIR	Perorangan / Group : *)
		No. KTP/SIM *) :

2. RIWAYAT KELUARGA	MASIH HIDUP		SUDAH MENINGGAL	
	UMUR	KEADAAN KESEHATAN	UMUR	SEBAB MENINGGAL
AYAH				
IBU				
ISTRI / SUAMI				
ANAK-ANAK				
SAUDARA PRIA ..... orang				
SAUDARA WANITA ..... orang				

APAKAH ANDA SEDANG ATAU PERNAH MENDERITA PENYAKIT :		YA	TIDAK	Bila "YA", berilah penjelasan lengkap mengenai keadaan, tanggal, lama menderita dll. Tuliskan nama dokter, Rumah Sakit yang merawat.
3. JANTUNG, PEMBULUH DARAH :				
a. Tekanan darah tinggi, atau pengobatan untuk hal tersebut ? .....				
b. Berdebar, nafas pendek, nadi yang tak teratur, rheumatic fever ? .....				
c. Penyakit jantung, angina atau sakit di dada ? .....				
d. Pernah melakukan pemeriksaan EKG, kapan, mengapa, hasilnya ? .....				
e. Kram kaki, phlebitis, pembesaran vena, gangguan peredaran darah ? .....				
4. PARU-PARU, TELINGA, HIDUNG dan TENGGOROKAN seperti asthma, tuberculosis, bronchitis chronis emphysema, tumor, kanker, alergi, batuk yang lama ? .....				
5. ORGAN PERUT seperti hernia, ulcus, colitis, pendarahan, penyakit kuning, sakit lever, tumor, kanker, sering diare ? .....				
6. SISTEM UROGENITAL seperti inflamasi, batu, tumor, kanker, kencing nanah, kencing darah, penyakit kelamin ? .....				
7. SISTEM SYARAF, MATA dan TELINGA seperti gangguan penglihatan, pendengaran, epilepsi, tumor, stroke, gangguan mental ? .....				
8. SISTEM KELENJAR ENDOKRIN, darah seperti kencing manis, gout, pembesaran kelenjar gondok, kurang darah, tumor, alergi, pembengkakan kelenjar limfe, leukemia, demam yang lama, infeksi yang tak diketahui sebabnya, sering berkeringat dingin malam hari ? .....				
9. SISTEM OTOT, TULANG dan KULIT seperti kelainan otot, tulang, persendian ? Amputasi paralisis, perubahan bentuk, tumor ? .....				
10. Penyakit akibat hubungan kelamin atau adakah hal-hal yang menyangkut cara hidup anda menyebabkan resiko terkena AIDS atau ARC (Keadaan-keadaan yang ada hubungannya dengan AIDS) ? .....				
11. Apakah anda pernah/ sedang menderita gangguan imunitas (kekebalan) atau adakah hasil pemeriksaan yang menunjukkan anda terkena virus AIDS ? .....				
12. Apakah anda mengalami perubahan berat badan tahun terakhir ini ? .....				
13. Dalam waktu 5 tahun terakhir, apakah anda pernah a. menderita sakit atau luka-luka yang tidak disebutkan di atas ? .....				
b. melakukan pemeriksaan USG, CT Scan, Hepatitis B, HIV, sinar X ? beri alasan dan hasilnya .....				
c. memeriksakan diri ke dokter, mendapat pengobatan, operasi atau dirawat di rumah sakit ? .....				
14. Bagaimana kebiasaan anda - minum minuman alkohol (berikan jenis dan banyaknya) ? perminggu (dalam ml) .....				
- menggunakan obat penenang, morfin dan sejenisnya (berikan alasannya) ? .....				
15. Dalam 2 (dua) tahun terakhir pernahkah anda : - mendapatkan suntikan tanpa resep dokter ? .....				
- menerima transfusi darah ? .....				
- ditolak sebagai donor darah ? .....				
16. Dalam 12 bulan terakhir apakah anda pernah menjalani pengobatan/menggunakan obat-obat Tradisional .....				
Non tradisional .....				

- Pernyataan dan jawaban di atas telah lengkap dan benar, dan saya memahami bahwa pernyataan serta jawaban tersebut merupakan dasar dan tidak terpisahkan dari polis yang diminta.
- Saya menyetujui bahwa dokter yang pernah dan akan memeriksa saya, diperkenankan memberitahukan hasil pemeriksaan kepada PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia.
- Saya menyetujui bahwa dokter yang ditunjuk oleh PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia diperkenankan melakukan pemeriksaan medis, autopsy dan semacamnya terhadap tertanggung/peserta bila diperlukan.

Ditandatangani di \_\_\_\_\_ Tanggal \_\_\_\_\_  
 Tanda tangan Dokter, Calon Pemegang Polis (Khusus Asuransi Anak-Anak) Calon Tertanggung/Peserta  
 HARAP DILENGKAPI HASIL PEMERIKSAAN DIBALIK HALAMAN Tanda tangan & Nama Jelas (Cap ibu jari tangan kiri bagi yang tidak bisa tanda tangan)  
 \*) Coret yang tidak perlu Tanda tangan & Nama Jelas



**R A H A S I A**  
**LAPORAN PEMERIKSAAN KESEHATAN**

<p>1. UMUM :</p> <p>a. Kenalkah Sdr. dengan Calon Peserta/Tertanggung ? Jika "Ya", jelaskan .....</p> <p>b. Sepadankah umur dengan rupanya ?</p> <p>c. Adakah tanda-tanda luar yang memberi kesan-kesan bahwa Calon Peserta/Tertanggung menderita sesuatu penyakit atau bertabiat kurang</p>	<p>1.</p> <p>a. ....</p> <p>b. ....</p> <p>c. ....</p>																		
<p>2. UKURAN-UKURAN :</p> <p>Tinggi badan (dengan/tanpa) sepatu ..... cm</p> <p>a. Berat badan (dengan/tanpa) pakaian ..... kg</p> <p>b. Lingkar perut ..... cm</p> <p>c. ....</p>	<p>2.</p> <p>d. Lingkar dada (tarik nafas) ..... cm</p> <p>e. Lingkar dada (keluar nafas) ..... cm</p> <p>f. Lingkar leher ..... cm</p>																		
<p>3. RONGGA DADA dan PARU-PARU :</p> <p>a. Adakah kelainan pada rongga dada ?</p> <p>b. Adakah kelainan pada paru-paru, misal <i>asthma</i>, <i>Empysema</i> dan lain-lain ?</p>	<p>3.</p> <p>a. ....</p> <p>b. ....</p>																		
<p>4. TELINGA, HIDUNG, MULUT &amp; TENGGOROKAN :</p> <p>Bagaimana keadaan (1) mata, (2) telinga, (3) hidung, (4) lidah, (5) gigi, (6) tenggorokan ?</p>	<p>4.</p> <p>(1) ..... (4) .....</p> <p>(2) ..... (5) .....</p> <p>(3) ..... (6) .....</p>																		
<p>5. JANTUNG &amp; PEMBULUH-PEMBULUH DARAH :</p> <p>a. NAD: pengisian, rythmus, tekanan, frekwensi ?</p> <p>b. Bila frekwensi lebih dari 90, berapa ?</p> <p>c. Tekanan darah (jika terdapat kelainan supaya diulang beberapa kali)</p> <p>d. Dimana letak <i>ictus cordis</i> ?</p> <p>e. Dimana batas jantung ? Adakah jantung sehat ?</p>	<p>5.</p> <p>a. ....</p> <p>b. Setelah bertekuk lutut 10 kali, 2 menit kemudian .....</p> <p>c.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Pemeriksaan I</th> <th colspan="2">Pemeriksaan II</th> <th colspan="2">Pemeriksaan III</th> </tr> <tr> <th>Sistolik</th> <th>Diastolik</th> <th>Sistolik</th> <th>Diastolik</th> <th>Sistolik</th> <th>Diastolik</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <p>d. ....</p> <p>e. ....</p>	Pemeriksaan I		Pemeriksaan II		Pemeriksaan III		Sistolik	Diastolik	Sistolik	Diastolik	Sistolik	Diastolik						
Pemeriksaan I		Pemeriksaan II		Pemeriksaan III															
Sistolik	Diastolik	Sistolik	Diastolik	Sistolik	Diastolik														
<p>6. KERANGKA OTOT &amp; URAT SYARAF :</p> <p>a. Bagaimana kerangka dan otot-ototnya ?</p> <p>b. Adakah persangkaan penyakit pada otak, tulang punggung atau syaraf ?</p> <p>c. Bagaimana refleks: tendo achili, perut dan cremaster ?</p> <p>d. Bagaimana keadaan kulit dan selaput lendir ?</p>	<p>6.</p> <p>a. ....</p> <p>b. ....</p> <p>c. ....</p> <p>d. ....</p>																		
<p>7. a. Bagaimana keadaan pada dinding dan isi perut ?</p> <p>b. Adakah hati dan limpa sehat ?</p> <p>c. Adakah hernia, wasir ?</p>	<p>7. a. ....</p> <p>b. ....</p> <p>c. ....</p>																		
<p>8. ALAT - ALAT KELAMIN (UROGENITALIS) :</p> <p>a. Adakah kelainan ginjal &amp; saluran kencing ?</p> <p>b. Adakah pembesaran-pembesaran kelenjar-kelenjar (bekas-bekas luka pada paha, lipatan siku ?)</p> <p>c. Apakah dari hasil pemeriksaan ada persangkaan bahwa calon pernah atau sedang menderita syphilis ?</p> <p>d. KHUSUS WANITA :</p> <p>- Adakah gejala-gejala penyakit pada uterus atau adnexa ?</p> <p>- Adakah persangkaan bahwa calon sedang hamil ?</p> <p>- Sudah berapa kali hamil ?</p> <p>- Adakah diantaranya terdapat keguguran dan berapa kali ?</p>	<p>8.</p> <p>a. ....</p> <p>b. ....</p> <p>c. ....</p> <p>d. ....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>																		
<p>9. Adakah pertumbuhan sel : tumor atau kanker ?</p>	<p>9. ....</p>																		
<p>10. KESIMPULAN :</p> <p>Berdasarkan pemeriksaan Saudara,</p> <p>a. Apakah masih ada sesuatu yang memerlukan pemeriksaan khusus (Spesialis) ?</p> <p>b. Apakah ada persangkaan bahwa calon menderita AIDS atau ARC ?</p> <p>c. Berilah keterangan-keterangan mengenai kemungkinan- kemungkinan yang kurang baik atas kesehatan diri Calon selanjutnya, (<i>unfavourable, feature/condition</i>).</p>	<p>10.</p> <p>a. ....</p> <p>b. ....</p> <p>c. ....</p>																		

Telah saya periksa di ..... tanggal ..... pukul .....

.....  
( Tanda tangan & Cap Dokter/RS )  
Nama (Dokter) : .....  
Alamat : .....

**PERHATIAN : JANGAN MEMBERITAHUKAN HASIL PEMERIKSAAN INI KEPADA YANG BERSANGKUTAN ATAU ORANG LAIN YANG TIDAK BERWENANG**