

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

SURAT KETERANGAN DOKTER PRIBADI / LANGGANAN

Dengan hormat,

Bersama ini kami mohon informasi dan penjelasan dokter dengan mengisi formulir dibawah ini sehubungan dengan Surat Permintaan Asuransi Jiwa atas :

Nama :

Tanggal Lahir :

Jika ada biaya harap dibuatkan kwitansi atas nama **PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia**

Terima kasih.

Saksi (Agen)

Calon Pemegang Polis

Calon Tertanggung/Peserta

(.....) (.....) (.....)
Tanda tangan & Nama jelas Tanda tangan & Nama jelas Tanda tangan & Nama jelas

Nomor SPAJ :

Nama :

Tanggal Lahir :

1. Cacat / penyakit bawaan :

2. Riwayat perkembangan mental dan fisik :

3. Penyakit Dahulu :

- Riwayat :

- Hasil-hasil pemeriksaan penunjang (termasuk Patologi Anatomi) :

- Diagnosa :

- Terapi :

- Prognosa :

4. Penyakit Sekarang :

- Riwayat :

- Hasil-hasil pemeriksaan penunjang (termasuk Patologi Anatomi) :

- Diagnosa :

- Terapi :

- Prognosa :

5. Keadaan terakhir (dan tanggalnya) :

6. Tinggi dan berat badan sekarang :

....., Tanggal 20.....

(.....)
Tanda tangan, Nama jelas & Cap Dokter

Alamat :

..... Telp. :

