

SURAT PENGANTAR PEMERIKSAAN KESEHATAN (INDIVIDUAL)

Tanggal : _____
 Kepada Yth. _____

Nomor SPAJ

--	--	--	--	--	--	--	--

Dengan hormat,
 Dear Doctor,
 Harap dilakukan pemeriksaan untuk :
 (Kindly perform/conduct medical examinations for)
 Name (Name) : _____ Tanggal Lahir : (DOB) : _____ Usia (Age) : ____ tahun (years old)

Harap fotocopy dan simpan bukti identitas yang digunakan waktu pemeriksaan
 Cocokkan wajah nasabah apakah sesuai dengan identitas tersebut.

Sesuai dengan pilihan dibawah ini (According to the choice below):

- Type A : Pemeriksaan Dokter (Physical Examination & Medical History)
- Type B : - Pemeriksaan Dokter (Physical Examination & Medical History)
 - Analisa Urine Lengkap (Urine Analysis)
 - Elektro Kardiogram (ECG)
- Type C : - Pemeriksaan Dokter (Physical Examination & Medical History)
 - Analisa Urine Lengkap (Urine Analysis)
 - Elektro Kardiogram (ECG)
 - Analisa Darah Lengkap (Complete Blood Analysis)
 : Hemoglobin, Eritrosit, leukosit, Hitung jenis, Laju Endap Darah, Ureum, Creatinine, SGOT, SGPT, Gamma GT, Total Bilirubin, Direct Bilirubin, total kolesterol, HDL Cholesterol, Gula Darah Puasa, HBsAg, Tes HIV, HBA1c, Anti HCV (Haemoglobin, erythrocyte, leucocyte, Differential Count, ESR, Blood Urea, Creatinine, SGOT, SGPT, Gamma GT, Total Bilirubin, Direct Bilirubin, total cholesterol, HDL Cholesterol, fasting blood sugar, HBsAg, HIV Screen, HBA1c, Anti HCV)
- Type D : - Pemeriksaan Dokter (Physical Examination & Medical History)
 - Analisa Urine Lengkap (Urine Analysis)
 - Tes Treadmill (Treadmill Test)
 - Analisa Darah Lengkap (Complete Blood Analysis)
 : Hemoglobin, Eritrosit, leukosit, Hitung jenis, Laju Endap Darah, Ureum, Creatinine, SGOT, SGPT, Gamma GT, Total Bilirubin, Direct Bilirubin, total kolesterol, HDL Cholesterol, Gula Darah Puasa, HBsAg, Tes HIV, HBA1c, Anti HCV (Haemoglobin, erythrocyte, leucocyte, Differential Count, ESR, Blood Urea, Creatinine, SGOT, SGPT, Gamma GT, Total Bilirubin, Direct Bilirubin, total cholesterol, HDL Cholesterol, fasting blood sugar, HBsAg, HIV Screen, HBA1c, Anti HCV)
- Lain-lain (others) _____

Hasil pemeriksaan tersebut agar disampaikan dalam amplop tertutup ke :
 please send the medical result in sealed envelope to :

PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia- Individual Underwriting Dept.
 Sampoerna Strategic Square, South Tower
 Jl. Jend. Sudirman Kav. 45 - 46, Jakarta 12930
 Telp.: (62-21) 2555 7788 Faks.: (62-21) 2555 2257

Demikian kami sampaikan dan atas kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.
 (Thank you for your cooperation)
 Hormat kami

Tanda tangan & nama jelas _____ Kode Agen

--	--	--	--	--	--

 Kantor Pemasaran _____

Catatan: 1. Pemeriksaan Dokter harus menggunakan Formulir yang disediakan oleh Manulife Indonesia.
Note: Physical Examination & Medical History should be using the form from Manulife Indonesia.
 2. EKG serta Treadmill test agar disertai dengan interpretasinya oleh dokter ahlinya.
 ECG and Treadmill test should be interpreted by Cardiologist respectively.
 3. Klinik/RS - harus meneliti kartu identitas calon dan harus dicantumkan nomor identitas tersebut pada lembar hasil pemeriksaan.
 Clinic/Hospital must check the person ID and put the ID number on the results.
 4. Salinan surat pengantar ini harap dilampirkan beserta hasil pemeriksaan dan kuitansi penagihan.
 Please attach a copy of this letter with medical result and receipt.