

Nomor SPAJ/Polis

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

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

| | | |
|--|----------------|-----------------|
| 1. NAMA LENGKAP: | TANGGAL LAHIR: | No. KTP/SIM*): |
| 2. RIWAYAT KELUARGA: | | |
| | MASIH HIDUP | SUDAH MENINGGAL |
| | 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. Memeriksa 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 (sebutkan) | | |
| 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. Ditandatangani di..... Tanggal

- Saya menyetujui bahwa dokter yang pernah dan akan memeriksa saya, diperkenankan memberitahukan hasil pemeriksaan kepada PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia. Tanda tangan Dokter, Calon Pemegang Polis (khusus asuransi anak-anak) Calon Tertanggung/Peserta

- Saya menyetujui bahwa dokter yang ditunjuk oleh PT Asuransi Jiwa manulife Indonesia diperkenankan melakukan pemeriksaan medis dan semacamnya terhadap tertanggung/peserta bila diperlukan. Tanda tangan & Nama Jelas Tanda tangan & Nama Jelas Tanda tangan & Nama Jelas (Cap ibu jari tangan kiri bagi yang tidak bisa tanda tangan)

HARAP DILENGKAPI HASIL PEMERIKSAAN DIBALIK HALAMAN
 *) Coret yang tidak perlu

RAHASIA | 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>a. Tinggi badan (dengan/tanpa) sepatu cm</p> <p>b. Berat badan (dengan/tanpa) pakaian kg</p> <p>c. Lingkar perut cm</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>Empyema</i> dan lain-lain ?</p> | <p>3.</p> <p>a.</p> <p>b.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>4. TELINGA, HIDUNG, MULUT & TENGGOROKAN, Bagaimana keadaan:</p> <p>(1). Mata (4). Lidah</p> <p>(2). Telinga (5). Gigi</p> <p>(3). Hidung (6). Tenggorokan</p> | <p>4.</p> <p>(1). (4).</p> <p>(2). (5).</p> <p>(3). (6).</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>5. JANTUNG & PEMBULUH-PEMBULUH DARAH :</p> <p>a. NADI: 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. <table border="1" style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <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 style="height: 20px;"> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <p>d.</p> <p>e.</p> </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 & 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 & 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> <ul style="list-style-type: none"> - Adakah gejala-gejala penyakit pada uterus atau adnexa? - Adakah persangkaan bahwa calon sedang hamil? - Sudah berapa kali hamil? - Adakah diantaranya terdapat keguguran dan berapa kali? | <p>8.</p> <p>a.</p> <p>b.</p> <p>c.</p> <p>d.</p> <ul style="list-style-type: none"> - - - - | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>9. Adakah pertumbuhan sel : tumor atau kanker?</p> | <p>9.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>10. KESIMPULAN: 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 / Rumah sakit)

Nama Dokter :

Alamat :

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