

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

SURAT PENGANTAR PEMERIKSAAN KESEHATAN (INDIVIDUAL) - HNW

Tanggal : _____

Kepada YTH,

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

Dengan hormat.

Dear Doctor,

Harap dilakukan pemeriksaan untuk :

*Kindly perform/conduct medical examinations for*Nama : _____
*Name*Tanggal Lahir : _____
*Date of Birth*Usia : _____ Tahun
Age years old

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

- Type AA : - Pemeriksaan Dokter (*Physical Examination & Medical History*)
- Type BB : - Pemeriksaan Dokter (*Physical Examination & Medical History*)
- Analisa Urine Lengkap (*Urine Analysis*)
- Type CC : - Pemeriksaan Dokter (*Physical Examination & Medical History*)
- Analisa Urine Lengkap (*Urine Analysis*)
- Tes Treadmill (*Treadmill Test*)
- Tes Darah Lengkap (*Complete Blood Analysis*)
: Hemoglobin, Eritrosit, Leukosit, Hitung Jenis, Laju Endap Darah, Ureum, Creatinine, SGPT, SGOT, GGT, Bilirubin Total, Bilirubin Direk, Kolesterol Total, Kolesterol HDL, Gula Darah Puasa, HbA1c, HBsAg, Anti HCV, HIV test
Haemoglobin, Erythrocyte, Leucocyte, Differential Count, ESR, Blood Urea, Creatinine, SGPT, SGOT, GGT, Total Bilirubin, Direct Bilirubin, Total Cholesterol, HDL Cholesterol, Fasting Blood Sugar, HBA1C, HBsAg, Anti HCV, HIV Test.
- Type DD : - Pemeriksaan Dokter (*Physical Examination & Medical History*)
- Analisa Urine Lengkap (*Urine Analysis*)
- Tes Treadmill (*Treadmill Test*)
- Tes Darah Lengkap (*Complete Blood Analysis*)
: Hemoglobin, Eritrosit, Leukosit, Hitung Jenis, Laju Endap Darah, Ureum, Creatinine, SGPT, SGOT, GGT, Bilirubin Total, Bilirubin Direk, Kolesterol Total, Kolesterol HDL, Gula Darah Puasa, HbA1c, HBsAg, Anti HCV, tes HIV
Haemoglobin, Erythrocyte, Leucocyte, Differential Count, ESR, Blood Urea, Creatinine, SGPT, SGOT, GGT, Total Bilirubin, Direct Bilirubin, Total Cholesterol, HDL Cholesterol, Fasting Blood Sugar, HBA1C, HBsAg, Anti HCV, HIV Test.
- Tes PSA (hanya untuk calon tertanggung pria)/PSA test (*only for Male Applicant*)
- Type EE : - Pemeriksaan Dokter (*Physical Examination & Medical History*)
- Analisa Urine Lengkap (*Urine Analysis*)
- Tes Treadmill (*Treadmill Test*)
- Tes Darah Lengkap (*Complete Blood Analysis*)
: Hemoglobin, Eritrosit, Leukosit, Hitung Jenis, Laju Endap Darah, Ureum, Creatinine, SGPT, SGOT, GGT, Bilirubin Total, Bilirubin Direk, Kolesterol Total, Kolesterol HDL, Gula Darah Puasa, HbA1c, HBsAg, Anti HCV, tes HIV
Haemoglobin, Erythrocyte, Leucocyte, Differential Count, ESR, Blood Urea, Creatinine, SGPT, SGOT, GGT, Total Bilirubin, Direct Bilirubin, Total Cholesterol, HDL Cholesterol, Fasting Blood Sugar, HBA1C, HBsAg, Anti HCV, HIV Test.
- Tes Spirometri (*Spirometry Test*)

- Type FF : - Pemeriksaan Dokter (*Physical Examination & Medical History*)
- Analisa Urine Lengkap (*Urine Analysis*)
 - Tes Treadmill (*Treadmill Test*)
 - Tes Darah Lengkap (*Complete Blood Analysis*)
- : Hemoglobin, Eritrosit, Leukosit, Hitung Jenis, Laju Endap Darah, Ureum, Creatinine, SGPT, SGOT, GGT, Bilirubin Total, Bilirubin Direk, Kolesterol Total, Kolesterol HDL, Gula Darah Puasa, HbA1c, HBsAg, Anti HCV, tes HIV
- Haemoglobin, Erythrocyte, Leucocyte, Differential Count, ESR, Blood Urea, Creatinine, SGPT, SGOT, GGT, Total Bilirubin, Direct Bilirubin, Total Cholesterol, HDL Cholesterol, Fasting Blood Sugar, HBA1C, HBsAg, Anti HCV, HIV Test.*
- Tes PSA (hanya untuk calon bertanggung pria)/PSA test (*only for Male Applicant*)
 - Tes Spirometri (*Spirometry Test*)
- 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 : Pemeriksaan Dokter harus menggunakan Formulir yang disediakan oleh Manulife Indonesia.
Note *Physical Examination & Medical History should be using the form from Manulife Indonesia.*
EKG serta Treadmill test agar disertai dengan interpretasinya oleh dokter ahlinya.
ECG and Treadmill test should be interpreted by Cardiologist respectively.
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.
Salinan surat pengantar ini harap dilampirkan beserta hasil pemeriksaan dan kuitansi penagihan.
Please attach a copy of this letter with medical result and receipt.