

No SPAJ:

## FORMULIR PERMINTAAN ASURANSI UNTUK DATA CALON TANGGUNGAN (MANFAAT PERAWATAN RUMAH SAKIT)

- HEALTHSAFE**                       **BERKAH HEALTHSAFE**                       **HOSPITAL BENEFIT PLUS**  
 **ADVANCED HOSPITAL BENEFIT PLUS**     **MANULIFE MEDICARE PLUS**                       \_\_\_\_\_  
 **MANULIFE HOSPITAL INCOME (Santunan Perawatan Inap Harian Rumah Sakit)**

(Khusus untuk paket "Mi Journey Protection" dengan seleksi resiko penuh).

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, mengajukan permintaan kepada PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia untuk menambahkan Calon Tanggungan/ Peserta Asuransi *MiUltimate HealthCare* dan/atau Asuransi Tambahan *HealthSafe/Berkah HealthSafe/Hospital Benefit Plus/ Advanced Hospital Benefit Plus/ Manulife Medicare Plus* (Manfaat Perawatan Rumah Sakit) dan/atau Manulife Hospital Income (Santunan Perawatan Inap Harian Rumah Sakit).

1. Nama Lengkap : \_\_\_\_\_  P = Pria (M)     W = Wanita (F)     K = Kawin  
 2. Plan/Level : \_\_\_\_\_  
 3. Data yang akan dipertanggungkan : \_\_\_\_\_  B = Belum Kawin     C = Cerai

**MiUltimate HealthCare/HealthSafe/Berkah HealthSafe/Hospital Benefit Plus/Advanced Hospital Benefit Plus/ Manulife Medicare Plus**  
 Plan: \_\_\_\_\_

No.	Nama Lengkap/ No. ID	DOB/ Sex	Hub.	Pekerjaan	Hobi	T/B	Apakah sekarang Anda dalam keadaan sehat? Bila "Tidak" Jelaskan pada kolom di samping
1							<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
2							<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
3							<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
4							<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
5							<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
6							<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
7							<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
8							<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
9							<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak

**Manulife Hospital Income**  
 Plan: \_\_\_\_\_

No.	Nama Lengkap/ No. ID	DOB/ Sex	Hub.	Pekerjaan	Hobi	T/B	Apakah sekarang Anda dalam keadaan sehat? Bila "Tidak" Jelaskan pada kolom di samping
1							<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
2							<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
3							<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak

4							<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
5							<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
6							<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
7							<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
8							<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
9							<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak

Sex: P = Pria W = Wanita      Hubungan: P = Pemohon I = Istri S = Suami A = Anak      T/B: T = Tinggi Badan B = Berat Badan

4. Apakah ada diantara Calon Tanggungan/Peserta diatas telah mempunyai polis asuransi jiwa atau sedang mengajukan permintaan asuransi jiwa atau ditolak permintaannya ?  Ya  Tidak      Bila ada jawaban "Ya", lengkapi kolom berikut :

No. Polis	Uang Pertanggungan	Keterangan

**Bila ada jawaban "Ya", pada pertanyaan no. 5 s/d 21 untuk seluruh Calon Tanggungan/Peserta yang dipertanggungkan, harap lengkapi penjelasan sesuai dengan pertanyaan yang dimaksud pada kolom yang tersedia di halaman 3**

5. 1. Khusus Perempuan:
- a. Apakah Anda sekarang sedang hamil? Bila "Ya" usia kehamilan Anda \_\_\_\_\_ bulan/ \_\_\_\_\_ minggu  Ya  Tidak
- b. Apakah Anda pernah/sedang/pernah diberitahu mengalami kelainan payudara, rahim atau indung telur, haid yang lama, menjalani pemeriksaan *Pap Smear, Mammogram* atau pemeriksaan kandungan lainnya atau dianjurkan melakukan pemeriksaan dalam 12 (dua belas) bulan mendatang?  Ya  Tidak
- Bila "Ya" jelaskan \_\_\_\_\_
2. Khusus Anak berusia  $\leq 5$  tahun. Nama dan alamat dokter yang biasa dikunjungi:  Ya  Tidak
- Berat badan lahir \_\_\_\_\_ gram
- Apakah ada riwayat kelahiran prematur (usia kehamilan <37 minggu)?
- Jika "Ya", usia kehamilan ibu saat itu \_\_\_\_\_ minggu
6. Apakah diantara Calon Tanggungan/Peserta di atas mempunyai kebiasaan:
- a. merokok dalam 12 (dua belas) bulan terakhir? Bila "Ya", \_\_\_\_\_ batang per hari, selama \_\_\_\_\_ tahun.  Ya  Tidak
- Bila "Tidak", apakah pernah, kapan berhenti dan mengapa?  Ya  Tidak
- b. minum-minuman beralkohol? Bila "Ya", lengkapi kolom di bawah ini:  Ya  Tidak

	Jenis Minuman			
	Bir <i>Beer</i>	Anggur <i>Wine</i>	Arak <i>Chinese Wine</i>	Whiski/Brandi <i>Whisky/ Brandy</i>
Konsumsi dalam seminggu (ml)				

- Bila "Tidak", apakah pernah, kapan berhenti dan mengapa?  Ya  Tidak
- c. menggunakan narkotika/obat terlarang atau obat penenang?  Ya  Tidak
- Bila "Ya", mohon jelaskan jenisnya \_\_\_\_\_
- Bila "Tidak", apakah pernah, kapan berhenti dan mengapa?  Ya  Tidak

**Apakah diantara Calon Tanggungan/Peserta diatas**

**YA      TIDAK**

7. Dalam 5 (lima) tahun terakhir:
- a. Menjalani rawat inap/rawat jalan, pembedahan, biopsi?  YA  TIDAK
- b. Menjalani pemeriksaan laboratorium, *Rontgen* atau yang khusus contoh EKG, *Treadmill*, Echo, USG, CT Scan, MRI?  YA  TIDAK
- c. Menjalani pengobatan ahli jiwa, radiasi, kemoterapi, tradisional atau pengobatan alternatif?  YA  TIDAK
- d. Mengalami keracunan atau kecelakaan? Bila "Ya", Jelaskan akibatnya.  YA  TIDAK
8. Dalam 2 (dua) tahun terakhir:
- a. Menerima atau melakukan pada diri sendiri suntikan tanpa resep dokter?  YA  TIDAK
- b. Menerima transfusi darah atau ditolak untuk donor darah?  YA  TIDAK

Apakah diantara Calon Tanggungan/Peserta diatas pernah/sedang/pernah diberitahu mengalami gejala/gangguan pada: YA  TIDAK

9. **Mata:** fungsi penglihatan?
10. **Telinga, Hidung, Tenggorok dan Mulut:** fungsi pendengaran atau bicara?
11. **Paru-paru:** batuk lama, TBC, batuk darah, *bronchitis*, asma?
12. **Jantung dan Pembuluh Darah:** Tekanan Darah Tinggi, nyeri dada, penyempitan/penyumbatan, berdebar tak teratur, sakit jantung, *varices*, gangguan peredaran darah?
13. **Organ Perut:** sakit kuning, batu empedu, sakit maag, muntah darah, buang air besar berdarah, wasir, hernia, sering diare?
14. **Sistem Kemih dan Kelamin:** batu, kencing nanah/darah, sakit prostat, sakit ginjal, penyakit kelamin?
15. **Sistem Saraf:** kejang, epilepsi, lumpuh, pingsan, *stroke*, *vertigo*, gangguan mental?
16. **Sistem Otot, Tulang dan Kulit:** amputasi, rematik, gangguan tulang belakang, patah tulang, polio, nyeri sendi, kelainan kulit, kusta, tahi lalat yang membesar dengan cepat?
17. **Sistem Kelenjar dan Darah:** gangguan hormon, gondok, asam urat, kencing manis, pembesaran kelenjar getah bening, kolesterol, kurang darah, *leukemia*?
18. **Sistem Kekebalan dan Infeksi:** HIV/AIDS, risiko terkena AIDS, malaria, disentri amuba, alergi, lupus?
19. **Pertumbuhan Sel:** Tumor atau Kanker atau benjolan?
20. **Lain-lain** yang tidak disebut di atas, termasuk cacat bawaan?

21a.

Keterangan keluarga pasangan Tertanggung / Peserta			Masih Hidup				Sudah Meninggal
	Usia	Keadaan Kesehatan	Adakah Penyakit				Sebab-sebab Meninggal
			Darah Tinggi	Jantung	Kencing Manis	Kanker	
Ayah	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Ibu	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Istri / Suami	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Saudara Pria _____ orang	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Saudara Wanita _____ orang	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

21b. Apakah ada anggota keluarga yang menderita tumor : payudara, leher rahim, indung telur, usus besar atau tumor lainnya, *stroke*, *haemochromatosis* (penimbunan besi pada organ tubuh), kista ginjal, *multiple sclerosis*, *parkinson* atau penyakit turunan lainnya? Jika ada, jelaskan \_\_\_\_\_

No.	Calon Tanggungan/ Peserta	Keluhan Penyakit	Tanggal	Nama Dokter & RS/Klinik	Tindakan Pengobatan Perawatan & Hasil Serta Kondisi Sekarang, atau keterangan/ penjelasan

Silahkan mengisi Form Perubahan/Penambahan Aplikasi jika kolom kurang/tidak cukup.

### PERHATIAN

PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia tidak berkewajiban membayar klaim *MiUltimate HealthCare/HealthSafe/Berkah HealthSafe/Hospital Benefit Plus/Advanced Hospital Benefit Plus/Manulife Medicare Plus* (Manfaat Perawatan Rumah Sakit) dan/atau *Manulife Hospital Income* (Santunan Perawatan Inap Harian Rumah Sakit) atas penyakit atau cedera yang sudah ada sebelum Tanggal Penerbitan Polis atau perubahannya (Addendum) yang terkini atau Tanggal Pemulihan Polis yang terkini (mana saja yang terjadi kemudian).

### SURAT KUASA

Saya/Kami sebagai Calon Pemegang Polis dan/atau Calon Tertanggung menyatakan setuju bahwa Saya/Kami telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan pada Formulir Permintaan Asuransi *MiUltimate HealthCare* dan/atau Asuransi Tambahan "*HealthSafe/Berkah Health Safe/Hospital Benefit Plus/Advanced Hospital Benefit Plus/Manulife Medicare Plus* (Manfaat Perawatan Rumah Sakit) dan/atau *Manulife Hospital Income* (Santunan Perawatan Inap Harian Rumah Sakit)" ini dengan lengkap dan benar serta seluruh keterangan telah Saya/Kami baca dan periksa kembali kebenarannya sebelum menandatangani Formulir ini. Saya/Kami juga memahami bahwa keterangan, pernyataan dan penjelasan tersebut di atas menjadi Dasar Pertanggung dan tidak terpisahkan dari Polis yang diminta. Oleh karenanya, Saya/Kami, sebagai Pemegang Polis dan/atau Tertanggung, dengan ini memberikan kuasa yang tidak dapat ditarik kembali kepada PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia dengan hak substitusi untuk:

1. Melakukan verifikasi terhadap informasi yang telah Saya/Kami berikan kepada pihak manapun dan untuk memperoleh segala catatan dan keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Saya/Kami dari dokter, klinik, rumah sakit, puskesmas, bank, perusahaan asuransi, badan hukum, instansi pemerintah, perorangan atau organisasi lainnya dan bertanggung jawab atas segala isinya. Apabila dalam verifikasi tersebut ditemukan suatu keterangan yang tidak benar, maka Saya/Kami akan tunduk pada syarat dan ketentuan yang terdapat di dalam polis;
2. Menggunakan, mengungkapkan, menyediakan data/informasi mengenai Saya/Kami yang diperoleh dan dikumpulkan oleh PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia atau afliasiya kepada pihak yang berkepentingan (termasuk namun tidak terbatas pada pihak reasuransi, penyidik klaim, bank/lembaga keuangan, asosiasi industri dan badan hukum lain, baik di dalam maupun di luar negeri) baik yang memiliki kerja sama atau tidak dengan PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia atau afliasiya untuk tujuan pembayaran klaim dan/atau melakukan proses lainnya yang terkait dengan polis Saya/Kami maupun untuk penawaran produk asuransi atau produk keuangan lain, untuk tujuan pencegahan anti pencucian uang, suap dan anti-teroris atau terkait dengan sanksi ekonomi, yang berkaitan dengan setiap pidana/perdata atau proses arbitrase, investigasi, audit atau pemeriksaan (termasuk penyelidikan internal, audit atau pemeriksaan) yang PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia, afliasi, karyawan atau agen dikenakan atau untuk tujuan lain sebagaimana yang diperkenankan oleh pedoman dan kode etik PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia, hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Ditandatangani di \_\_\_\_\_ Tanggal \_\_\_\_\_

Calon Pemegang Polis

Calon Tertanggung/Peserta

Calon  
Tanggung/ Peserta\*

Saksi Agen  
(Saya sudah bertemu dan  
melihat semua Calon  
Tanggung di keterangan  
no.3)

(Nama Jelas)

(Nama Jelas)

(Nama Jelas)

(Nama Jelas)

**Bila tidak bisa tanda tangan gunakan  
cap ibu jari tangan kiri**

\*Catatan: Khusus untuk Calon Tanggungan/Peserta Dewasa (Pasangan) yang berusia 18-70 tahun. Sedangkan untuk Calon Tanggungan (Anak) pernyataan kesehatan ditandatangani oleh Calon Tertanggung/Peserta atau Wali yang sah.

**PERHATIAN : MOHON TIDAK MENANDATANGANI FORMULIR INI DALAM KEADAAN KOSONG**