

PERNYATAAN KESEHATAN

*UNTUK KARYAWAN/KARYAWATI HARAP KIRIM ASLI

1. Nama Tertanggung :
2. Tanggal Lahir : / / (tgl/bln/thn)
3. Jenis Kelamin : Pria Wanita
4. Status Perkawinan : Belum Kawin Kawin Janda/Duda
- Nama Suami/Istri :
- Nama Anak : 1.
2.
3.
4.
5.
6.
5. Pekerjaan/Jabatan :
6. Tanggal Masuk Kerja : / / (tgl/bln/thn)
7. Nama Perusahaan :
8. Nomor Polis :
9. Apakah Anda bekerja sebagai Karyawan tetap? Ya Tidak
Jika "Ya", sejak kapan? : / / (tgl/bln/thn)
10. Berapa Jam dalam 1 minggu Anda aktif bekerja di Perusahaan tersebut? Jam
11. Apakah Anda ikut membayar premi Anda sendiri maupun tanggungan (istri/suami, anak) Anda? Ya Tidak
Jika "Ya" : 100% 50% % Lain-lain
Penjelasan lain jika ada : _____
12. Apakah tanggungan Anda (istri, suami, anak) yang disebutkan di atas dalam keadaan sehat dan dapat melakukan aktifitas sehari-hari secara normal? Ya Tidak
13. Apakah jenis pekerjaan Anda akan berubah dalam waktu dekat ini? Ya Tidak
Jika "Ya", mohon dijelaskan
a. Jenis pekerjaan baru : _____
b. Kapan Anda pindah pekerjaan yang baru : _____
14. Apakah Anda akan/sedang mengikuti kegiatan balap motor/mobil, menyelam, penerbangan dengan pesawat sewaan, terjun payung, terbang layang atau kegiatan olah raga lain yang berbahaya? Ya Tidak
Jika "Ya", mohon dijelaskan : _____
15. Apakah sebelumnya Anda pernah diasuransikan dalam Polis ini? Ya Tidak
Jika "Ya", kapan? _____ mohon jelaskan: a. No. Polis: _____ b. No. Sertifikat: _____
16. Apakah Anda telah memiliki Polis Asuransi Jiwa atau Kesehatan, selain Polis ini? Ya Tidak
Jika "Ya", mohon dijelaskan: a. Nama Perusahaan Asuransi : _____
b. Jenis Pertanggungan/ No. Polis : _____

17. Pernahkah permohonan Asuransi Jiwa atau Kesehatan Anda ditolak, ditunda, dikenakan premi tambahan atau dengan persyaratan khusus? Ya Tidak
 Jika "Ya", mohon dijelaskan: a. Nama Perusahaan Asuransi : _____
 b. Jenis Pertanggung/ No. Polis : _____
18. Tinggi Badan: _____ cm Berat Badan: _____ kg
19. Apakah Anda merokok? Tidak Ya _____ Batang/Hari
20. Apakah saat ini Anda sedang dalam pengawasan medis/perawatan medis? Ya Tidak
21. Apakah Anda pernah berkonsultasi atau disarankan untuk berkonsultasi dengan praktisi medis dalam waktu 12 bulan terakhir? Ya Tidak
22. Dalam 12 bulan terakhir, apakah Anda menggunakan obat-obatan? Ya Tidak
 Obat Tradisional, nama obat : _____
 Non Tradisional, nama obat : _____
23. Dalam 12 bulan mendatang apakah Anda mempunyai rencana untuk dirawat di Rumah Sakit atau menjalani suatu operasi atau melakukan suatu pemeriksaan kesehatan? Ya Tidak
24. Apakah Anda menderita penyakit, cacat atau kondisi kesehatan lainnya yang membutuhkan perawatan dengan/tanpa berkonsultasi dengan dokter? Ya Tidak
25. Hanya untuk Wanita: Apakah saat ini Anda dalam keadaan Hamil? Ya Tidak

Jika diantara no. 20 s/d 25 jawaban "YA", kami mohon diisi secara rinci keterangan di bawah ini.

Tanggal dilakukan konsultasi/berobat (terakhir) : _____

Nama, Alamat dan No. Telepon Dokter/Rumah Sakit : _____

Nama Penyakit/ketidakmampuan yang diderita : _____

Perawatan/Pengobatan yang diterima : _____

Kondisi kesehatan saat ini : _____
 Sehat Dalam Perawatan _____

Perawatan lanjutan : _____

Untuk jawaban "Ya" No. 25 : _____
 Bagaimana kondisi kesehatan kehamilan Anda? _____
 Berapa usia kehamilan Anda? _____

PERNYATAAN

- Saya menyatakan bahwa saya telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan dalam Formulir Pernyataan kesehatan ini dengan lengkap dan sebenar-benarnya, dan saya memahami serta menyetujui bahwa keterangan ini merupakan dasar yang tidak terpisahkan dari ketentuan yang tercantum dalam Polis Induk Asuransi Kumpulan.
- Dengan ini saya memberi kuasa kepada setiap Dokter, Rumah Sakit, Klink, Puskesmas, Perusahaan Asuransi atau Badan hukum untuk memberitahukan kepada PT. Asuransi Jiwa Manulife Indonesia atau mereka yang diberi kuasa olehnya segala keterangan mengenai diri dan kesehatan saya.
- PT. Asuransi Jiwa Manulife Indonesia berhak untuk menolak pembayaran klaim apabila keterangan yang diberikan di atas adalah tidak benar atau terdapat hal-hal yang tidak diungkapkan, tanpa kewajiban mengembalikan premi apapun.
- Pertanggung akan berlaku setelah disetujui oleh PT. AJ. Manulife Indonesia.

Tanggal : / / (tgl/bln/thn)

Diisi oleh

(.....)

Nama Lengkap & Tanda tangan

Mengetahui (Pemegang Polis)

(.....)

Nama Lengkap, Tanda tangan & Cap Perusahaan

CATATAN PENTING

Untuk mempercepat proses persetujuan pertanggung, mohon kesediaannya untuk:

- Menyimpan 1 (satu) copy Formulir Pernyataan Kesehatan yang telah diisi, sebagai file Pemegang Polis.
- Pemegang Polis dapat memperbanyak Formulir Pernyataan Kesehatan tersebut apabila ada peserta yang memerlukan sesuai dengan ketentuan seleksi Risiko.
- Memberikan PARAF/TANDA TANGAN calon Peserta, apabila terdapat jawaban dari Peserta yang dikoreksi (DICORET/TIPEX/DIHAPUS).
- Setelah Formulir diisi lengkap dan benar, harap formulir ASLI dikirim ke PT. AJ. Manulife Indonesia up. GLH Underwriting Apabila pengisian pernyataan Kesehatan tidak dilakukan dengan benar, maka PT. AJ. Manulife Indonesia akan meminta pengisian ulang.