

PERNYATAAN KESEHATAN

*UNTUK PASANGAN/ANAK HARAP KIRIM ASLI

1. Nama Tertanggung :

2. Tanggal Lahir : / / (tgl/bln/thn)

3. Jenis Kelamin : Pria Wanita

4. Anda adalah keluarga dari karyawan :
 Nama Karyawan :
 Nomor Sertifikat :
 Nama Perusahaan :
 Hubungan Keluarga :
 Nomor Polis :

5. Apakah Anda ikut memberikan kontribusi dalam pembayaran premi ini? Ya Tidak
 Jika "Ya" : 100% 50% % Lain-lain
 Penjelasan lain jika ada : _____

6. 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 _____

7. Apakah sebelumnya Anda pernah diasuransikan dalam Polis ini? Ya Tidak
 Jika "Ya", kapan? _____

8. Apakah Anda telah memiliki Polis Asuransi Jiwa atau Kesehatan, selain Polis ini? Ya Tidak
 Jika "Ya", mohon dijelaskan: a. Nama Perusahaan Asuransi : _____
 b. Jenis Pertanggung/ No. Polis : _____

9. 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 : _____

10. Tinggi Badan: _____ cm Berat Badan: _____ kg

11. Apakah Anda merokok? Tidak Ya _____ Batang/Hari

12. Apakah saat ini Anda sedang dalam pengawasan medis/perawatan medis? Ya Tidak

13. Apakah Anda pernah berkonsultasi atau disarankan untuk berkonsultasi dengan praktisi medis dalam waktu 12 bulan terakhir? Ya Tidak

14. Dalam 12 bulan terakhir, apakah Anda menggunakan obat-obatan? Ya Tidak
 Obat Tradisional, nama obat : _____
 Non Tradisional, nama obat : _____

15. Dalam 12 bulan mendatang apakah Anda mempunyai rencana untuk dirawat di Rumah Sakit atau menjalani suatu operasi atau melakukan suatu pemeriksaan kesehatan? Ya Tidak

16. Apakah Anda menderita penyakit, cacat atau kondisi kesehatan lainnya yang membutuhkan perawatan dengan/tanpa berkonsultasi dengan dokter? Ya Tidak

17. Hanya untuk Wanita: Apakah saat ini Anda dalam keadaan Hamil? Ya Tidak

Jika diantara no. 12 s/d 17 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	:	_____
<input type="checkbox"/> Sehat <input type="checkbox"/> Dalam Perawatan	:	_____
Perawatan lanjutan	:	_____
Untuk jawaban "Ya" No. 17	:	_____
Bagaimana kondisi kesehatan kehamilan Anda?	:	_____
Berapa usia kehamilan Anda?	:	_____

PERNYATAAN

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. Pertanggungjanaan akan berlaku setelah disetujui oleh PT. AJ. Manulife Indonesia.

Tanggal : / / (tgl/bln/thn)

Diisi oleh Tertanggung/Orang Tua/Wali

(.....)

Nama Lengkap & Tanda tangan

Mengetahui (Pemegang Polis)

(.....)

Nama Lengkap, Tanda tangan & Cap Perusahaan

CATATAN PENTING

Untuk mempercepat proses persetujuan pertanggungjanaan, 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 memeerlukannya 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.