

Nomor SPAJ/K: .....

**FORMULIR PERMINTAAN DAN PERTANYAAN KESEHATAN UNTUK ASURANSI\***

**Pertanggungungan Dasar**

.....

.....

**Pertanggungungan Tambahan**

**Payor Benefit/Payor Benefit Plus**  .....

.....  .....

\*) Beri tanda (✓) pada pertanggungungan yang dipilih, dan selain Payor Benefit/Payor Benefit Plus silahkan isi pada kolom yang tersedia untuk Pertanggungungan Tambahan yang diajukan

**INFORMASI PRIBADI**

- 1. a. Nama Tertanggung/Peserta : \_\_\_\_\_
- b. Nama Pemegang Polis : \_\_\_\_\_
- c. Nama Pembayar Kontribusi/Premi (Payor \*\*) : \_\_\_\_\_
- d. Hubungan dengan Tertanggung/Peserta \*\*) : \_\_\_\_\_

\*\*) Diisi jika Pertanggungungan Tambahan yang dipilih "Payor Benefit"

Untuk Pertanggungungan Tambahan Payor Benefit, pertanyaan-pertanyaan tersebut dibawah ini harus diisi dengan data Payor.

2. Data Tertanggung/Peserta/Payor

Tempat, Tanggal Lahir	Usia	Sex	Status	No. Identitas	Kewarganegaraan

• Sex: **P** = Pria, **W** = Wanita    • Status: **B** = Belum Kawin, **K** = Kawin, **C** = Cerai

3. Pekerjaan, jabatan dan rincian tugas (sebutkan dengan lengkap) : \_\_\_\_\_

4. Alamat Kantor/Tempat Profesi

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kode Pos: \_\_\_\_\_ Nomor Telepon: \_\_\_\_\_

Alamat Domisili/Tempat Tinggal/Lain-lain

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kode Pos: \_\_\_\_\_ Nomor Telepon: \_\_\_\_\_

5. Apakah Anda melakukan aktifitas yang berbahaya secara rutin?  Ya  Tidak

Contoh: Penerbangan, balap/rally mobil/motor, menyelam, terjun payung, mendaki gunung, polo, ski, ski air.

Jika "Ya", jelaskan:

\_\_\_\_\_

6. a. Apakah Anda memiliki Polis Asuransi Jiwa dari Perusahaan asuransi lain?  Ya  Tidak

b. Apakah Anda juga dipertanggungungan pada Rider (Pertanggungungan Tambahan) di polis lain?  Ya  Tidak

Nomor Polis : \_\_\_\_\_

Nama Perusahaan : \_\_\_\_\_

Nama Perusahaan	Uang Pertanggungan	Jenis Perlindungan (dapat memilih lebih dari 1)
		<input type="checkbox"/> Keluarga <input type="checkbox"/> Pendidikan <input type="checkbox"/> Hari Tua <input type="checkbox"/> Kesehatan <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan: _____

Polis terakhir diterbitkan tahun: \_\_\_\_\_

7. Apakah Surat Permintaan ini sebagai pengganti dari Surat Permintaan/Polis lain?  Ya  Tidak  
 Jika "Ya" Jelaskan tujuannya dan tuliskan nomor Polis, jumlah Uang Pertanggungan serta nama Perusahaan Asuransinya:

8. Apakah sedang mengajukan permintaan Asuransi Jiwa lain?  
 Nama Perusahaan Asuransi dan Uang Pertanggungan: \_\_\_\_\_

9. Apakah Permintaan Asuransi Jiwa atau Polis pernah ditolak, ditunda, dikenakan ekstra Premi, dikenakan persyaratan khusus atau dibatalkan oleh Perusahaan?  Ya  Tidak

## DATA KESEHATAN CALON TERTANGGUNG/PESERTA/PAYOR

10. Apakah sekarang Anda dalam keadaan sehat? Jika "Tidak", jelaskan:  Ya  Tidak

11. Berat Badan \_\_\_\_\_ Kg Tinggi Badan \_\_\_\_\_ Cm  
 Dalam 12 (dua belas) bulan terakhir apakah ada perubahan berat badan? Jelaskan:  Ya  Tidak

Kehamilan  Olahraga/Fitness  Dalam masa pertumbuhan  Lainnya, \_\_\_\_\_

12. 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? Jika "Ya" jelaskan  Ya  Tidak

2. Khusus Anak berusia  $\leq 5$  tahun.  
 Nama dan alamat dokter yang biasa dikunjungi: \_\_\_\_\_  Ya  Tidak

Berat badan lahir \_\_\_\_\_ gram  Ya  Tidak  
 Apakah ada riwayat kelahiran prematur (usia kehamilan  $< 37$  minggu)?

Jika "Ya", usia kehamilan ibu saat itu \_\_\_\_\_ minggu

13. a. Apakah Anda punya kebiasaan merokok dalam 12 bulan terakhir? Jika "Ya" berapa batang per hari? \_\_\_\_\_  Ya  Tidak

b. Minum-minuman beralkohol? Jika "Ya", mohon lengkapi keterangan di bawah ini:  Ya  Tidak

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

- c. Apakah pernah menggunakan narkoba/obat terlarang atau obat penenang? Seperti kokain, heroin, ganja, pil ekstasi  Ya  Tidak

### Untuk No. 14 s/d 27, bila ada jawaban "Ya" Jelaskan pada kolom keterangan

14. Dalam 5 (lima) tahun terakhir:  Ya  Tidak

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?  
 Pemeriksaan kehamilan  Pemeriksaan kesehatan pra-kerja  Lainnya, \_\_\_\_\_  Ya  Tidak

c. Menjalani pengobatan ahli jiwa, radiasi, kemoterapi, tradisional atau pengobatan alternatif?  Ya  Tidak

d. Mengalami keracunan atau kecelakaan? Jika "Ya", jelaskan akibatnya!  Ya  Tidak

15. 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 Anda pernah/sedang/pernah diberitahu mengalami gejala/gangguan pada :**

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

**Keterangan lengkap : Kapan, berapa lama, dimana pengobatan, nama Rumah Sakit dan Dokter, kondisi sekarang)**

No.	Keterangan

28. a.

Keterangan Keluarga Pasangan Tertanggung/ Peserta	Usia	Keadaan Kesehatan	Masih Hidup				Sudah Meninggal
			Adakah Penyakit				
			Darah Tinggi	Jantung	Kencing Manis	Kanker	Sebab-sebab Meninggal
Ayah	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Ibu	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Istri / Suami	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Saudara Laki-laki _____ orang	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Saudara Perempuan _____ orang	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

\*) jika lebih dari satu anggota keluarga, mohon ditulis anggota keluarga yang sedang sakit atau paling muda

- b. 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

---



---

## KETERANGAN TAMBAHAN (WAJIB DIISI)

Apakah Anda adalah (i) Warga Negara Amerika Serikat (ii) Non Wajib Pajak Amerika Serikat namun wajib membayar pajak ke Amerika Serikat (karena merupakan pemegang card Amerika Serikat atau telah menetap di Amerika Serikat untuk suatu waktu tertentu/Resident Alien Amerika Serikat atau (iii) Wajib Pajak Amerika Serikat?

Ya     Tidak

Saya menyatakan setuju bahwa Saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan pada Formulir Permintaan dan Pertanyaan Kesehatan untuk Asuransi ini dengan lengkap dan benar. Saya memahami bahwa jawaban dan keterangan tersebut di atas menjadi Dasar Pertanggungangan dan tidak terpisahkan dari Polis yang diminta.

Dengan ini, Saya memberi kuasa kepada PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia atau pihak yang diberi kuasa olehnya untuk memperoleh segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Saya dari Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Perorangan atau Organisasi lainnya.

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

Tanggal \_\_\_\_\_

Pemegang Polis

Tertanggung/Peserta/  
Pembayar Kontribusi/Premi (Payor)

( \_\_\_\_\_ )

Tanda Tangan dan Nama Jelas

( \_\_\_\_\_ )

Tanda Tangan dan Nama Jelas

Tenaga Pemasar

Saya sudah bertemu dan melihat langsung Tertanggung/Peserta/  
Pembayar Kontribusi/Premi (Payor)

( \_\_\_\_\_ )

Tanda Tangan dan Nama Jelas

Kode Tenaga Pemasar: .....

**PERHATIAN : TANDATANGAN SETELAH YAKIN JAWABAN TELAH SESUAI DENGAN SEBENARNYA. JANGAN MENANDATANGANI DALAM KEADAAN KOSONG**