

Nomor SPAJ/K:

SURAT KETERANGAN DOKTER PRIBADI / LANGGANAN

Dengan hormat,

Bersama ini, kami mohon konfirmasi dan penjelasan Dokter dengan mengisi formulir di bawah ini sehubungan dengan Surat Permintaan Asuransi Jiwa/Kesehatan atas:

Nama : _____

Tanggal Lahir : _____

Jika ada biaya, harap dibuatkan kwitansi atas nama PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia. Terima kasih

Saksi (Agen)**Calon Pemegang Polis****Calon Tertanggung/Peserta**

(_____)

Tanda Tangan & Nama Jelas

(_____)

Tanda Tangan & Nama Jelas

(_____)

Tanda Tangan & Nama Jelas

Nomor SPAJ/K : _____

Nama : _____

Tanggal Lahir : _____

1. Cacat/Penyakit Bawaan : _____

2. Riwayat Perkembangan Mental dan Fisik : _____

3. Penyakit Dahulu : _____

• Riwayat : _____

• Hasil-hasil Pemeriksaan Penunjang
(termasuk Patologi Anatomi) : _____

• Diagnosa : _____

• Terapi : _____

• Prognosa : _____

4. Penyakit Sekarang : _____

• Riwayat : _____

• Hasil-hasil Pemeriksaan Penunjang
(termasuk Patologi Anatomi) : _____

• Diagnosa : _____

• Terapi : _____

• Prognosa : _____

5. Keadaan Terakhir (dan Tanggalnya) : _____

6. Tinggi dan Berat Badan sekarang : _____

_____, Tanggal _____ 20____

(_____)

Tanda Tangan, Nama Jelas & Cap Dokter

Alamat : _____

_____ Telp : _____