

Nomor SPAJ/K/Polis :

Form ini hanya diisi jika jumlah Calon Tanggungan/Peserta lebih dari 1 orang

**FORMULIR PERMINTAAN ASURANSI TAMBAHAN
(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 risiko penuh)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, mengajukan permintaan kepada PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia untuk menambahkan Calon Tanggungan/Peserta Asuransi Tambahan HealthSafe/Berkah HealthSafe/Hospital Benefit Plus/ Advanced Hospital Benefit Plus/ Manulife Medicare Plus (Manfaat Perawatan Rumah Sakit), Mi Early Care (Early Stage CI Rider/Manfaat Penyakit Kritis tahap awal) 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 : _____ B = Belum Kawin C = Cerai
 3. Data yang akan dipertanggungkan : _____

MiUltimate HealthCare/HealthSafe/Berkah HealthSafe/Advanced Hospital Benefit Plus/ Manulife Medicare Plus

Plan : _____

No	Nama Lengkap/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

No	Nama Lengkap/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 Jika "Ya", mohon lengkapi keterangan di bawah ini:

No. Polis	Uang Pertanggungan	Keterangan

Bila ada jawaban "Ya", pada pertanyaan no. 5/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, Ya Tidak
menjalani pemeriksaan Pap Smear, Mammogram atau pemeriksaan kandungan lainnya atau dianjurkan melakukan pemeriksaan dalam 12 (dua belas) bulan mendatang?

Jika "Ya" jelaskan _____

2. Khusus Anak berusia ≤ 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. a. Apakah Calon Tanggungan/Peserta punya kebiasaan merokok dalam 12 bulan terakhir? Ya Tidak

Jika "Ya", berapa batang per hari _____

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 narkotika/obat terlarang atau obat penenang? Seperti kokain, heroin, ganja, pil ekstasi Ya Tidak

Apakah diantara Calon Tertanggung/Peserta di atas

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?
 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
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 Tertanggung/Peserta di atas pernah/sedang/pernah diberitahu mengalami gejala/gangguan pada:

9. Mata: Fungsi penglihatan Ya Tidak
 Rabun jauh/dekat Buta warna Astigmatisma Lainnya _____
10. **Telinga, Hidung, Tenggorokan, dan Mulut:** fungsi pendengaran atau bicara? Ya Tidak
11. **Paru-paru:** batuk lama, TBC, batuk darah, *bronchitis*, asma Ya Tidak
12. **Jantung dan Pembuluh Darah:** Tekanan Darah Tinggi, nyeri dada, penyempitan/penyumbatan, berdebar tak teratur, sakit jantung, *varices*, gangguan peredaran darah? Ya Tidak
13. **Organ Perut:** Sakit kuning, batu empedu, sakit maag, muntah darah, buang air besar berdarah, wasir, hernia, sering diare? Ya Tidak
14. **Sistem Kemih dan Kelamin:** batu, kencing nanah/darah, sakit prostat, sakit ginjal, penyakit kelamin? Ya Tidak
15. **Sistem Saraf:** kejang, epilepsi, lumpuh, pingsan, *stroke*, *vertigo*, gangguan mental? Ya Tidak
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? Ya Tidak
17. **Sistem Kelenjar dan Darah:** gangguan hormon, gondok, asam urat, kencing manis, pembesaran kelenjar getah bening, kolesterol, kurang darah, *leukemia*? Ya Tidak
18. **Sistem Kekebalan dan Infeksi:** HIV/AIDS, risiko terkena AIDS, malaria, disentri amuba, alergi, lupus? Ya Tidak
19. **Pertumbuhan Sel:** Tumor atau Kanker atau benjolan? Ya Tidak
20. **Lain-lain** yang tidak disebutkan di atas, termasuk cacat bawaan? Ya Tidak

21. a.

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

- 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

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 *HealthSafe/Berkah HealthSafe/Hospital Benefit Plus/ Advanced Hospital Benefit Plus/ Manulife Medicare Plus* (Manfaat Perawatan Rumah Sakit), *Mi Early Care* (Early Stage CI Rider/Manfaat Penyakit Kritis tahap awal) 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 menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan - pertanyaan pada Formulir Permintaan Asuransi Tambahan "*HealthSafe/Berkah Health Safe/Hospital Benefit Plus/ Advanced Hospital Benefit Plus/Manulife Medicare Plus* (Manfaat Perawatan Rumah Sakit), *Mi Early Care* (Early Stage CI Rider/Manfaat Penyakit Kritis tahap awal) dan/atau *Manulife Hospital Income* (Santunan Perawatan Inap Harian Rumah Sakit)" ini dengan lengkap dan benar. Saya juga memahami bahwa jawaban dan keterangan tersebut di atas menjadi Dasar Pertanggunggaan 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 dan keluarga saya (jika dipertanggunggaan) dari Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Bdan Hukum, Perorangan atau Organisasi lainnya.

Ditandatangani di _____

Tanggal _____

CALON PEMEGANG POLIS	CALON TERTANGGUNG/PESERTA	CALON TANGGUGAN*	TENAGA PEMASAR (Saya sudah) bertemu dan melihat semua Calon Tanggungan di keterangan No. 3
_____ (Nama Jelas)	_____ (Nama Jelas)	_____ (Nama Jelas)	_____ (Nama Jelas)

* Catatan:

Khusus untuk Calon Tanggungan/Peserta Dewasa (Pasangan) yang berusia 18 - 60 tahun

Sedangkan untuk Calon Tanggungan (Anak) pernyataan kesehatan ditandatangani oleh Calon Tertanggung atau Wali yang sah.

PERHATIAN: MOHON TIDAK MENANDATANGANI FORMULIR INI DALAM KEADAAN KOSONG