

**FORMULIR PERMINTAAN ASURANSI TAMBAHAN (MANFAAT PERAWATAN RUMAH SAKIT)**

- HEALTHSAFE                       BERKAH HEALTHSAFE/Hubungan                       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 resiko 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) 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 :  
**HealthSafe/Berkah HealthSafe/Hospital Benefit Plus/Advanced Hospital Benefit Plus/ Manulife Medicare Plus**  
**Plan:** \_\_\_\_\_

| No. | Nama Lengkap/No. ID | DOB/<br>Sex | Hub. | Pekerjaan | Hobi | T/B | Apakah sekarang Anda dalam keadaan sehat? Bila "Tidak" Jelaskan pada kolom di samping |
|-----|---------------------|-------------|------|-----------|------|-----|---|
| 1   | .....               | .....       |      |           |      |     | <input type="checkbox"/> Ya<br><input type="checkbox"/> Tidak                         |
| 2   | .....               | .....       |      |           |      |     | <input type="checkbox"/> Ya<br><input type="checkbox"/> Tidak                         |
| 3   | .....               | .....       |      |           |      |     | <input type="checkbox"/> Ya<br><input type="checkbox"/> Tidak                         |
| 4   | .....               | .....       |      |           |      |     | <input type="checkbox"/> Ya<br><input type="checkbox"/> Tidak                         |
| 5   | .....               | .....       |      |           |      |     | <input type="checkbox"/> Ya<br><input type="checkbox"/> Tidak                         |
| 6   | .....               | .....       |      |           |      |     | <input type="checkbox"/> Ya<br><input type="checkbox"/> Tidak                         |
| 7   | .....               | .....       |      |           |      |     | <input type="checkbox"/> Ya<br><input type="checkbox"/> Tidak                         |
| 8   | .....               | .....       |      |           |      |     | <input type="checkbox"/> Ya<br><input type="checkbox"/> Tidak                         |
| 9   | .....               | .....       |      |           |      |     | <input type="checkbox"/> Ya<br><input type="checkbox"/> Tidak                         |

**Manulife Hospital Income**  
**Plan:**

| No. | Nama Lengkap/No. ID | DOB/<br>Sex | Hub. | Pekerjaan | Hobi | T/B | Apakah sekarang Anda dalam keadaan sehat? Bila "Tidak" Jelaskan pada kolom di samping |
|-----|---------------------|-------------|------|-----------|------|-----|---|
| 1   | .....               | .....       |      |           |      |     | <input type="checkbox"/> Ya<br><input type="checkbox"/> Tidak                         |
| 2   | .....               | .....       |      |           |      |     | <input type="checkbox"/> Ya<br><input type="checkbox"/> Tidak                         |
| 3   | .....               | .....       |      |           |      |     | <input type="checkbox"/> Ya<br><input type="checkbox"/> Tidak                         |
| 4   | .....               | .....       |      |           |      |     | <input type="checkbox"/> Ya<br><input type="checkbox"/> Tidak                         |
| 5   | .....               | .....       |      |           |      |     | <input type="checkbox"/> Ya<br><input type="checkbox"/> Tidak                         |
| 6   | .....               | .....       |      |           |      |     | <input type="checkbox"/> Ya<br><input type="checkbox"/> Tidak                         |
| 7   | .....               | .....       |      |           |      |     | <input type="checkbox"/> Ya<br><input type="checkbox"/> Tidak                         |
| 8   | .....               | .....       |      |           |      |     | <input type="checkbox"/> Ya<br><input type="checkbox"/> Tidak                         |
| 9   | .....               | .....       |      |           |      |     | <input type="checkbox"/> Ya<br><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 di atas telah mempunyai polis asuransi jiwa atau sedang mengajukan permintaan asuransi jiwa atau ditolak permintaannya?  Ya  Tidak

Bila ada jawaban "Ya", lengkapi kolom berikut:

| No. Polis | Uang Pertanggungan | Keterangan |
|-----------|--------------------|------------|
|           |                    |            |
|           |                    |            |
|           |                    |            |

**Bila ada jawaban "Ya", pada pertanyaan no. 5 s/d 20 untuk seluruh Calon Tertanggung/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?  Ya  Tidak  
Bila "Ya" usia kehamilan Anda \_\_\_\_\_ bulan/\_\_\_\_\_ minggu
- 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 diajarkan melakukan pemeriksaan dalam 12 (dua belas) bulan mendatang?  Ya  Tidak  
Bila "Ya" jelaskan \_\_\_\_\_
2. Khusus Anak berusia < 5 tahun. Nama dan alamat dokter yang biasa dikunjungi:  
Berat badan lahir \_\_\_\_\_ gram  Ya  Tidak  
Apakah ada riwayat kelahiran prematur (usia kehamilan <37 minggu)?  
Jika "Ya", usia kehamilan ibu saat itu \_\_\_\_\_ minggu
6. Apakah diantara peserta diatas mempunyai kebiasaan:
- a. merokok dalam 12 (dua belas) bulan terakhir? Bila "Ya", \_\_\_\_\_ batang per hari, selama \_\_\_\_\_ tahun.  Ya  Tidak  
Bila "Tidak", apakah pernah, kapan berhenti dan mengapa?  Ya  Tidak
- b. minum-minuman beralkohol? Bila "Ya", lengkapi kolom dibawah ini:  Ya  Tidak

| Konsumsi dalam seminggu (ml) | Jenis Minuman |      |              |               |
|------------------------------|---------------|------|--------------|---------------|
|                              | Beer          | Wine | Chinese Wine | Whisky/Brandy |
|                              |               |      |              |               |

- Bila "Tidak", apakah pernah, kapan berhenti dan mengapa?  Ya  Tidak
- c. Menggunakan narkotik/obat terlarang atau penenang?  Ya  Tidak  
Bila "Ya", Jelaskan jenisnya \_\_\_\_\_  
Bila "Tidak", apakah pernah, kapan berhenti dan mengapa?  Ya  Tidak

**Apakah diantara Calon Tanggungan/Peserta diatas**  Ya  Tidak

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?  Ya  Tidak
- c. Menjalani pengobatan ahli jiwa, radiasi, kemoterapi, tradisional atau pengobatan alternatif?  Ya  Tidak
- d. Mengalami keracunan atau kecelakaan? Bila "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 Tanggungan/Peserta diatas pernah/sedang/pernah diberitahu mengalami gejala/gangguan pada:**  Ya  Tidak

9. **Mata:** fungsi penglihatan?  Ya  Tidak
10. **Telinga, Hidung, Tenggorok dan Mulut:** fungsi pendengaran/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?
18. **Sistem Kekebalan dan Infeksi:** HIV/AIDS, risiko terkena AIDS, malaria, disentri amuba, alergi, lupus?
19. **Pertumbuhan Sel:** Tumor atau Kanker atau benjolan?
20. **Lain-lain** yang tidak disebut di atas, termasuk cacat bawaan?

| 20a. Keterangan keluarga pasangan Tertanggung / Peserta utama |       |                   | Masih Hidup     |         |               |        | Sudah Meninggal       |
|---|-------|-------------------|-----------------|---------|---------------|--------|-----------------------|
|   | Usia  | Keadaan Kesehatan | Adakah Penyakit |         |               |        | Sebab-sebab Meninggal |
|   |       |                   | Darah Tinggi    | Jantung | Kencing Manis | Kanker |                       |
| Ayah  | _____ | _____             | _____           | _____   | _____         | _____  | _____                 |
| Ibu   | _____ | _____             | _____           | _____   | _____         | _____  | _____                 |
| Istri / Suami   | _____ | _____             | _____           | _____   | _____         | _____  | _____                 |
| Saudara Pria _____ orang                                      | _____ | _____             | _____           | _____   | _____         | _____  | _____                 |
| Saudara Wanita _____ orang                                    | _____ | _____             | _____           | _____   | _____         | _____  | _____                 |

20b. 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 Health Safe/Hospital Benefit Plus/Advanced Hospital Benefit Plus/ Manulife Medicare Plus (Manfaat Perawatan Rumah Sakit) 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 penerbitan pemulihan 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 HealthSafe/Hospital Benefit Plus/Advanced Hospital Benefit Plus/ Manulife Medicare Plus (Manfaat Perawatan Rumah Sakit) dan/atau Manulife Hospital Income (Santunan Perawatan Inap Harian Rumah Sakit)*" ini dengan lengkap dan benar. Saya juga memahami bahwa jawaban dan keterangan tersebut diatas 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, Badan Hukum, Perorangan atau Organisasi lainnya.

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

Calon Pemegang Polis

Calon Tertanggung

Calon Tanggungan\*

Saksi Agen  
(Saya sudah bertemu dan melihat semua Calon Tanggungan di keterangan no.3)

(Nama Jelas)

(Nama Jelas)

(Nama Jelas)

(Nama Jelas)

**Bila tidak bisa tanda tangan gunakan cap ibu jari tangan kiri**

\*Catatan: Khusus untuk Calon Tanggungan/Peserta Dewasa (Pasangan) yang berusia 18-60 tahun. Sedangkan untuk CalonTanggungan (Anak) pernyataan kesehatan ditandatangani oleh Calon Tertanggung atau Wali yang sah.

**PERHATIAN: MOHON TIDAK MENANDATANGANI FORMULIR INI DALAM KEADAAN KOSONG**