



FORMULIR PERMINTAAN PEMERIKSAAN KESEHATAN UNTUK PENGAJUAN SPAJ BARU / ADD RIDER POLIS / UPGRADE RIDER POLIS

Wajib diisi lengkap dengan disertai nama jelas dan tanda tangan Petugas pemasar

Yth. Bagian Medical Check Up (MCU)
Rumah Sakit/ Klinik/ Laboratorium

Beri Tanda (✓ / x) oleh Petugas Pemasar pada kotak dibawah jika:

Petugas Pemasar	Rumah Sakit/ Klinik/ Laboratorium
<input type="checkbox"/> Medical sehubungan dengan WWP	BIAYA DAN HASIL PEMERIKSAAN DITAGIHKAN DAN DIKIRIM KE PESERTA

Dengan hormat,

Mohon dilakukan pemeriksaan kesehatan / laboratorium untuk:

Nama (sesuai dengan SPAJ) : (wajib diisi)

Nomor SPAJ/No. Polis : (wajib diisi)

Beri tanda (✓ / x) pada kotak untuk PAKET Pemeriksaan Kesehatan yang diperlukan sesuai permintaan Underwriting:

- PAKET 1 (PK 1): "abdefgi"
- PAKET 2 (PK 2): "abefghi"
- PAKET 3 (PK 3): "abd"
- PAKET 4 (PK 4): "abd, T3+T4+TSH, USG Tiroid+Leher"
- PAKET 5 (PK 5): "ab, Gula Darah Puasa+Hba1c"
- PAKET 6 (PK 6): "ace"
- PAKET 7 (PK 7): "abfh, Echocardiography (bukan ECG)"

Perhatian!

Berikut jenis Pemeriksaan Kesehatan yang dilakukan:

- A. Laporan Pemeriksaan Kesehatan Anak
 - a. Laporan Pemeriksaan Kesehatan Dewasa
 - b. Urine Lengkap
 - c. Rontgen Dada (Thorax Foto)
 - d. Elektrokardiogram (ECG)
 - e. Darah Rutin (Hb, Lekosit, Eritrosit, Hitung Jenis, LED)
 - f. Kolesterol Total, HDL, LDL, Trigleserida, Gula Darah Puasa, Hba1c
 - g. Ureum, Kreatinin, Bilirubin Total, SGOT, SGPT, HbsAg, GGT, Alkaline Phosphatase (AP), Asam Urat
 - h. Treadmill Test
 - i. HIV Test

Beri tanda (✓ / x) atau dapat ditulis dengan jelas pada kolom tersedia untuk Pemeriksaan Kesehatan diluar PAKET diatas atau terdapat Pemeriksaan Kesehatan Tambahan:

- | | | |
|---|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Laporan Pemeriksaan Kesehatan Anak | <input type="checkbox"/> Urine Cotinine | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Laporan Pemeriksaan Kesehatan Dewasa | <input type="checkbox"/> USG Abdomen (Whole Abdomen) | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Urine Lengkap | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Elektrokardiogram (ECG) | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> HIV Test | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

Catatan:

- Wajib memperlihatkan keterangan Identitas Asli dan masih berlaku.
- Laporan Pemeriksaan Kesehatan adalah pemeriksaan fisik yang wajib menggunakan formulir LPK dari PT AIA FINANCIAL.
- Calon Tertanggung Anak kurang dari usia 18 (delapan belas) tahun dan belum menikah wajib didampingi Orang Tua Kandung/Wali.
- Untuk pemeriksaan laboratorium yang memerlukan puasa, wajib berpuasa sejak 10 jam sebelumnya. (hanya boleh minum air putih)
- Hasil pemeriksaan kesehatan yang dikirimkan melalui email ke UnderwritingSiaga@aia.com dokumen wajib diberikan password/encrypt.
- Seluruh hasil pemeriksaan kesehatan ASLI wajib dikirimkan ke Underwriting PT AIA FINANCIAL / Receiving Center (RC).
- Apabila pada bagian atas diberi tanda sebagai **Medical WWP**, biaya pemeriksaan LANGSUNG DITAGIHKAN ke Nasabah dan hasil medical dapat dikirimkan ke Nasabah
- Pihak RS/ Klinik/ Laboratorium Rekanan berhak menolak melakukan pemeriksaan bila formulir tidak lengkap dan jelas.
- Pihak RS/ Klinik/ Laboratorium rekanan harus melakukan pemeriksaan sesuai dengan permintaan yang tercantum pada formulir ini.
- Dalam melakukan pemeriksaan kesehatan, nasabah berhak untuk diantar oleh Petugas Pemasar.
- Nasabah dapat meminta copy hasil pemeriksaan kesehatan ini dengan mengirimkan pernyataan tertulis ke Underwriting PT AIA FINANCIAL.
- Nasabah wajib membuat janji pemeriksaan dengan RS/ Klinik/ Laboratorium rekanan yang dituju minimal 1 (satu) hari sebelumnya.
- Pelaksanaan Medical Check Up di hari Senin s.d Sabtu jam 08.00 s/d 11.00 pagi atau sesuai kesepakatan dengan RS/ Klinik/ Laboratorium Rekanan.
- Untuk Asuransi Group Life (GTL) Formulir ini berlaku 2 bulan sejak formulir ditandatangani dan peserta masih aktif sebagai tertanggung

Demikian kami sampaikan dan terima kasih atas kerjasamanya,

"WAJIB DIISI" oleh Petugas Pemasar

Nama & Kode Petugas Pemasar :

No. Telp & Cabang Petugas Pemasar:

Tandatangan & Stempel :