



PERTANYAAN TAMBAHAN DIABETES MELLITUS

Diabetes Mellitus Questionnaire

Nama : _____ No. SPAJ / Polis : _____
Name Policy / Application Number
Tanggal Lahir : _____
Date of Birth

1. Sebutkan Diagnosis pasti penyakit Anda, contoh Diabetes Mellitus tipe I atau II, Diabetes pada kehamilan, IGT, dll. Lampirkan hasil medis yang ada.
Please state the diagnosis relevant to you, e.g. Type I or Type II Diabetes Mellitus, Gestational Diabetes, Impaired Glucose Tolerance or Impaired Fasting Glucose etc. Attach a copy of any medical reports if available.

2. Kapan pertama kali di diagnosa atau kapan pertama kali Anda merasakan gejala / When / /
was the condition diagnosed or when did you first experience symptoms?
3. Apakah Anda memeriksakan kadar gula Anda di rumah / Do you test your own blood ☐ Ya ☐ Tidak
sugar at home? Yes No
Jika "ya" mohon sebutkan hasilnya selama 3 bulan terakhir / If yes, please provide details for the last 3 months: _____

4. Apakah Anda pernah melakukan pemeriksaan HbA1C / Have you had a ☐ Ya ☐ Tidak
glycosylated hemoglobin test (HbA1c)? Yes No
Jika "ya" mohon jelaskan kapan dan hasilnya / If yes, please provide details including the approximate date and result of your most recent test: _____

5. Sebutkan pengobatan apa saja yang pernah dilakukan terkait dengan diabetes (termasuk pengobatan hipertensi dan kolesterol) / Please provide details of any medication that you take in relation to your diabetes (please also include related medications such as those used to lower blood pressure and cholesterol): _____

6. Apakah Anda pernah dirawat di rumah sakit / Have you ever been admitted to hospital ☐ Ya ☐ Tidak
or required emergency care? Yes No
Jika "ya" mohon jelaskan / If yes, please provide details: _____

7. Apakah Anda mengalami / Have you ever had:
 - i) Gangguan mata / Eye problems? ☐ Ya / Yes ☐ Tidak/No
 - ii) Gangguan jantung / Heart problems? ☐ Ya / Yes ☐ Tidak/No
 - iii) Gangguan tekanan darah tinggi / High blood pressure? ☐ Ya / Yes ☐ Tidak/No
 - iv) Gangguan ginjal / Kidney problems (including protein in your urine)? ☐ Ya / Yes ☐ Tidak/No
 - v) Gangguan sensorik (seperti kebas pada kaki) / Sensory problems (such as burning in your feet)? ☐ Ya / Yes ☐ Tidak/No
 - vi) Komplikasi lainnya / Any other complication? ☐ Ya / Yes ☐ Tidak/No

Jika "ya" mohon jelaskan / If yes, please provide details: _____

8. Sebutkan nama dan alamat dokter yang menangani penyakit Anda / Please provide the name and address of the doctors and/or specialists you see in relation to this condition? _____
9. Apakah Anda pernah tidak masuk kerja karena keluhan diatas / Have you ever taken ☐ Ya ☐ Tidak
time off work because of it? Yes No
Jika "ya" mohon sebutkan kapan dan berapa lama / If yes, please provide details including dates and durations: _____
10. Jika Anda memiliki informasi tambahan / pemeriksaan laboratorium / X-Ray / dll, mohon sertakan / Please provide any additional information that you feel is important: _____

PERNYATAAN DAN SURAT KUASA
Declaration

1. Saya telah memberikan Pernyataan secara lengkap dan sebenar-benarnya terhadap seluruh pertanyaan yang diajukan oleh PT AXA Financial Indonesia. Saya menyatakan bahwa jawaban atas pertanyaan dalam formulir ini merupakan bagian dari Surat Pengajuan Asuransi Jiwa dan atau Kesehatan, apabila ternyata terdapat pernyataan saya yang tidak sesuai dengan fakta sesungguhnya, PT. AXA Financial Indonesia berhak untuk membatalkan kontrak asuransi atau menolak membayarkan klaim manfaat asuransi serta ganti rugi apapun di kemudian hari, sesuai dengan pilihan Perusahaan

Hereby I declare that all statement and question which provide by PT. AXA Financial Indonesia have been truthfully completed. I declare that all answer to such question in this application shall be an integral and inseparable part of the life and/or health insurance Application. If I fail to provide true information with the fact, PT.AXA Financial Indonesia has right to terminate the Policy and to decline any claim payment on the insurance benefit and any loss define from the Company.

2. Saya memberi kuasa kepada setiap Rumah Sakit / Klinik / Puskesmas / Laboratorium, perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi, badan, instansi / lembaga atau pihak lain yang mempunyai catatan riwayat kesehatan saya, untuk mengungkapkan kepada PT. AXA Financial Indonesia (jika diperlukan) atas semua informasi dan keterangan tentang catatan riwayat kesehatan saya tersebut. Pemberian Kuasa ini merupakan hal yang tidak terpisahkan dari Surat Pengajuan Asuransi Jiwa dan atau Kesehatan dan mengikat saya, ahli waris dan keluarga saya.
Kuasa ini tidak dapat dicabut kembali dan tidak akan berakhir karena situasi yang dinyatakan dalam pasal 1813, 1814, 1816 KUH Perdata dan untuk itu tetap berlaku pada waktu saya masih hidup maupun sesudah saya meninggal. Salinan/ fotocopy dari surat kuasa ini sama sah dan berlaku sebagaimana dokumen aslinya.

Hereby I declare to give Power of Attorney to any hospital / clinic / health center / laboratory, insurance company or reinsurance company, other organization, institution or person, who has any records or knowledge to my health information and to disclose such information to PT.AXA Financial Indonesia (if necessary)

This Power of Attorney shall be an integral and inseparable part of the life and/or health insurance Application and shall bind to me, beneficiary and my family. This power of Attorney shall not be revoked and will be terminated by any reason of any occurrence mentioned in articles 1813, 1814, 1816 KUH Perdata and shall remains valid notwithstanding death or incapacity. A Photocopy of this power shall be valid as the original

Nama (Name)

Tanda tangan (Signature)

Tanggal (Date)

Catatan : Bila Calon Tertanggung kurang dari 17 tahun, daftar pertanyaan ini diisi oleh Pemegang Polis/ Orang tua yang sah