



PERTANYAAN TAMBAHAN EPILEPSI DAN KEJANG Epilepsy and Seizure Disorder Questionnaire

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

1. Sebutkan diagnosa kejang yang Anda alami seperti petit mal, drop attacks, kejang myoclonic , kejang tonic clonic (grand mal). Jika ada hasil pemeriksaan mohon dilampirkan.
Please state the precise diagnosis, or nature of the condition you are suffering from e.g. absence seizures (petit mal), atonic seizures (drop attacks), myoclonic seizures, tonic clonic seizures (grand mal), simple partial seizures, complex partial seizures (psychomotor) etc. Attach a copy of any medical reports if available. _____

2. Kapan pertama kali Anda di diagnosa atau pertama kali mengalami kejang / When was the condition diagnosed or when did you first experience a seizure? / /
3. Mohon jelaskan gejala-gejala yang dirasakan / Please describe your seizures: _____

4. Seberapa sering Anda mengalami kejang / How often do you typically experience a seizure: _____

5. Apakah kejang yang dialami / Is the frequency of seizures becoming: ☐ Lebih sering more frequent ☐ berkurang less frequent ☐ tidak ada perubahan unchanged
6. Apakah Anda mengetahui faktor pencetus terjadinya kejang / Are you aware of anything that precipitates your seizures? ☐ Ya Yes ☐ Tidak No
Jika "ya" mohon sebutkan / If yes, please provide details: _____

7. Kapan terakhir kali Anda mengalami kejang / When was your last seizure? / /
8. Sebutkan obat-obatan yang Anda konsumsi / Please provide details of any medication taken for this condition: _____
9. Selain yang disebutkan di atas apakah Anda mengkonsumsi obat lainnya / Other than already stated above, have you taken any other medication ☐ Ya Yes ☐ Tidak No
Jika "ya" mohon sebutkan / If yes, please provide details: _____

10. Apakah Anda pernah melakukan pemeriksaan electroencephalogram (EEG), CT scan, MRI scan dll / Have you ever had any tests or investigations carried out e.g. electroencephalogram (EEG), CT scan, MRI scan etc.? ☐ Ya Yes ☐ Tidak No
Jika "Ya", mohon sebutkan, kapan dan bagaimana hasilnya, mohon dapat dilampirkan hasil pemeriksaan / If yes, please provide details including relevant dates: _____

11. Apakah Anda pernah di rawat atau berobat ke rumah sakit / Have you ever been admitted to hospital or had out-patient treatment for this condition? ☐ Ya Yes ☐ Tidak No
Jika "ya" mohon sebutkan / if yes, please provide details: _____
12. Apakah ada pemeriksaan atau pengobatan lain yang Anda lakukan / Has any further treatment or investigation been discussed or contemplated? ☐ Ya Yes ☐ Tidak No
Jika "ya" mohon sebutkan / if yes, please provide details: _____
13. 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? _____
14. Apakah Anda pernah tidak masuk kerja karena keluhan diatas / Have you ever taken time off work because of it? ☐ Ya Yes ☐ Tidak No
Jika "ya" mohon sebutkan kapan dan berapa lama /If yes, please provide details including dates and durations: _____
15. Apakah Anda di izinkan untuk mengendarai kendaraan bermotor sendiri / Are you permitted to drive a motor vehicle? ☐ Ya Yes ☐ Tidak No
16. 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