



PERTANYAAN TAMBAHAN GANGGUAN KULIT

Skin Lesion Questionnaire

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

1. Mohon sebutkan diagnosa atau lesi pada kulit seperti cell carcinoma, dysplastic nevi, malignant melanoma, sebaceous cyst, solar keratosis, squamous cell carcinoma dll). Jika ada hasil pemeriksaan dokter dan hasil patologi anatomi mohon dilampirkan.
Please state the precise diagnosis or nature of the lesion/s if known (e.g. basal cell carcinoma, dysplastic nevi, malignant melanoma, sebaceous cyst, solar keratosis, squamous cell carcinoma, etc.) and attach a copy of any doctor's reports or histology reports if available. _____

2. Kapan pertama kali lesi / kelainan di diagnosa / *When was the lesion diagnosed?* / /

3. Mohon sebutkan lokasi lesi atau kelainan / *Please indicate the location/s of the lesion/s:* _____

4. Sebutkan nama dokter dan alamat tempat Anda memeriksakan diri / *Please provide the name and address of the doctors and/or specialists you have seen.* _____

5. Jika lesi belum di angkat apakah menimbulkan gangguan seperti sakit, gatal, atau perubahan warna, ukuran dan tekstur / *If the lesion/s has not been removed, has it caused any pain, itching, bleeding or changed in color, size or texture?* _____

6. Apakah Anda pernah kehilangan waktu kerja (tidak dapat bekerja) karena kondisi ☐ Ya ☐ Tidak
penyakit Anda ini / *Have you ever taken time off work with this condition?* Yes No
Jika "Ya", mohon sebutkan, kapan dan berapa lama / *If yes, please provide details including relevant dates:* _____

7. 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