



PERTANYAAN TAMBAHAN KECELAKAAN
(Accident Questionnaire)

Nama (Name) : _____ No Aplikasi (Application Number): _____

Tanggal Lahir (Date of birth) : _____

1. Kapan kecelakaan tersebut terjadi? (When did the accident occur?).....
2. Dimana kecelakaan tersebut terjadi ? (How did the accident occur?).....
3. Apakah anda kehilangan daya ingat? (Did you lose consciousness?) ☐ Ya (Yes) ☐ Tidak (No)
Jika Ya, jelaskan berapa lama (if Yes, for approximately how long).....
4. Apakah anda di rawat atau mendapatkan perawatan darurat? (Did you require admission to hospital or emergency treatment?) ☐ Ya (Yes) ☐ Tidak (No)
Jika Ya, mohon jelaskan, (If yes, please provide details):

Jenis perawatan, penyelidikan, operasi dan hasilnya (Nature of treatment, Investigations, surgery and results)	Nama & alamat dokter, Rumah sakit atau klinik (Name and address of doctor, hospital or clinic)	Tanggal (Dates)

5. Mohon jelaskan macam luka yang dialami karena kecelakaan tersebut, (Please describe the full nature and extent of the injuries that you sustained) :
a. hanya luka lecet (scratches)..... b. gegar otak (brain concussion).....
c. luka robek di (torn injury in)..... d. kelemahan anggota gerak di (paraesthesia in).....
e. dislokasi / keseleo di (dislocation in)..... f. patah tulang di (bone fracture in).....
g. Kelumpuhan di (paralysis in)
6. Jika anda belum sembuh total, tolong jelaskan secara detail gejala yang masih anda rasakan termasuk frekwensi dan tingkatannya (masih ada benda di dalam tubuh contohnya plat, pen dll). If you have not fully recovered, please provide details of ongoing symptoms including frequency and severity, (still have any material like plat, pen, etc): ☐ Ya (Yes) ☐ Tidak (No)
Jika Ya, mohon jelaskan, (If yes, please provide details):
7. Apakah ada pengobatan lanjutan dari kejadian tersebut? (Has any further treatment or investigation been discussed or contemplated?) ☐ Ya (Yes) ☐ Tidak (No)
Jika Ya, mohon jelaskan, (If yes, please provide details):.....

8. Mohon jelaskan nama dan alamat seluruh dokter dan / atau dokter spesialis yang anda kunjungi sehubungan dengan kecelakaan yang anda alami (Please provide the name and address of all doctors and/or specialists that you have seen in relation to your injuries.)

Nama dokter, rumah Sakit atau klinik (Name of doctor, hospital or clinic)	Alamat (Address)	Tanggal terakhir konsultasi (Date of last consult)

9. Apakah anda pernah tidak masuk kerja karena kejadian tersebut (Did you take time off work following the accident?) ☐ Ya(Yes) ☐ Tidak (No)

Jika Ya, mohon jelaskan tanggal & lamanya, (If yes, please provide date & durations):.....
.....

10. Apakah kecelakaan itu mengakibatkan cacat ? ☐ Ya (Yes) ☐ Tidak (No)
(Did the accident caused you any physical defect?)

Apakah setelah pengobatan, saat ini anda masih mengalami pusing, sakit kepala, kesemutan, sering lupa, pingsan, kelemahan anggota gerak, lumpuh? (After the medical treatment, do you still feel dizzy, headache, senile, Hyperesthesia, unconscious, paraesthesia, paralyzed?).....
.....

11. Sehubungan dengan kecelakaan diatas, Apakah Anda baru-baru ini memeriksakan diri Anda ke Dokter? (In connection with the above accident, did you recently see the doctor for check up?) ☐ Ya(Yes) ☐ Tidak (No)
Jika Ya, mohon tuliskan nama, alamat dokter serta diagnosa? (if yes, please provide name, doctor adress & diagnostic)?.....
.....

12. Apakah anda sudah sembuh total (Have you fully recovered from all injuries?) ☐ Ya (Yes) ☐ Tidak (No)
Jika tidak, bagaimana keadaan luka anda sekarang (if not, how is your injurie now?).....
.....

Pernyataan (Declaration)

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, 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 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.

Nama (Name)	Tanda tangan (Signature)	Tanggal (Date)