



PERTANYAAN TAMBAHAN KESEHATAN JIWA

Mental Health Questionnaire

1. Jelaskan kondisi mana dibawah ini yang Anda alami / Please indicate which of the following mental health condition/s you have had:
 - a) Ansietas termasuk panik atau gangguan fobia / Anxiety including generalized anxiety, panic or phobic disorder ☐ Ya / Yes ☐ Tidak / No
 - b) Gangguan makan termasuk anoreksia atau bulimia / Eating disorder including anorexia nervosa or bulimia ☐ Ya / Yes ☐ Tidak / No
 - c) Depresi / Depression including major depression or dysthymia ☐ Ya / Yes ☐ Tidak / No
 - d) Gangguan bipolar / Bipolar disorder ☐ Ya / Yes ☐ Tidak / No
 - e) Kecanduan alkohol atau zat adiktif lainnya / Alcohol or other substance abuse or addiction ☐ Ya / Yes ☐ Tidak / No
 - f) Stres pasca trauma / Post-traumatic stress ☐ Ya / Yes ☐ Tidak / No
 - g) Skizofrenia atau gangguan saraf lainnya / Schizophrenia or any other psychotic disorder ☐ Ya / Yes ☐ Tidak / No
 - h) Stres, insomnia atau kelelahan / Stress, sleeplessness, chronic tiredness ☐ Ya / Yes ☐ Tidak / No
 - i) Lainnya (mohon jelaskan) / Other (please describe): ☐ Ya / Yes ☐ Tidak / No

2. Jelaskan atau gambarkan gejala-gejala yang Anda alami / Please describe your symptoms: _____

3. Apakah Anda mengetahui apa yang memicu timbulnya gejala-gejala diatas / Has any reason for your condition been identified? ☐ Ya Yes ☐ Tidak No
Jika "ya" mohon jelaskan / if yes, please provide details: _____
4. Kapan pertama kali Anda merasakan gejala tersebut ? / When did you first experience symptoms? _____ / /
5. Apakah Anda pernah mengalami kekambuhan karena kondisi di atas / Have you had any recurrences of this condition/s? ☐ Ya Yes ☐ Tidak No
Jika "ya" mohon jelaskan / if yes, please provide details: _____

6. Hingga sekarang, apakah Anda mengonsumsi obat secara teratur / Do you currently take any medication? ☐ Ya Yes ☐ Tidak No
Jika "ya" mohon sebutkan nama obat, dosis dan frekuensinya / If yes, please provide details including names, dosages and frequency: _____
7. Selain yang disebutkan di atas, apakah ada obat-obatan lain yang di minum / Other than already stated above, have you ever taken any other medication ? ☐ Ya Yes ☐ Tidak No
Jika "ya" mohon sebutkan nama obat, dosis dan frekuensinya / If yes, please provide details including names, dosages and frequency: _____

8. Apakah Anda pernah mendapatkan pengobatan seperti konseling, terapi perilaku, terapi elektrokonvulsif, dll / Have you ever had any other treatment for this condition e.g. counseling, cognitive behavioral therapy, electroconvulsive treatment etc.? ☐ Ya Yes ☐ Tidak No

9. Apakah Anda pernah di rawat di rumah sakit karena keluhan di atas / *Have you ever been admitted to hospital for this condition?* ☐ Ya ☐ Tidak
Yes No
Jika "ya" mohon sebutkan / *if yes, please provide details:* _____
10. Apakah ada pengobatan tambahan atau yang disarankan oleh dokter Anda / *Has any further treatment or follow-up been discussed, recommended or otherwise contemplated?* ☐ Ya ☐ Tidak
Yes No
Jika "ya" mohon sebutkan / *if yes, please provide details:* _____
11. Sebutkan nama dokter dan alamat tempat Anda memeriksakan diri / *Please provide the name and address of the doctors and/or specialists you have seen* _____
12. Apakah Anda pernah tidak masuk kerja karena keluhan diatas / *Have you ever taken time off work because of it?* ☐ Ya ☐ Tidak
Yes No
Jika "ya" mohon sebutkan kapan dan berapa lama *If yes, please provide details including dates and durations:* _____
13. 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

- 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.
- 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