



PERTANYAAN TAMBAHAN S.L.E (SYSTEMIC LUPUS ERITHEMATOSUS) Systemic Lupus EritheMATOSUS Questionnaire

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

1. Kapan pertama kali Anda di diagnosa menderita S.L.E / *was the condition diagnosed or when did you first experience symptoms?* _____ / /
2. Deskripsikan gejala-gejala yang Anda alami / *Please describe your symptoms:* _____

3. Seberapa sering gejala-gejala tersebut timbul / *How often do you typically experience symptoms?* _____
4. Berapa lama gejala-gejala tersebut berlangsung ? / *How long do symptoms usually last?* _____
5. Apakah Anda mengonsumsi obat-obatan atau menjalani pengobatan lain untuk keluhan Anda / *Do you currently take medication or other treatment for this condition?* ☐ Ya ☐ Tidak
Yes No
Jika "Ya" sebutkan / *If yes, please provide details:* _____

6. Apakah Anda masih mengonsumsi obat-obatan tersebut sekarang / *Has any future treatment or investigation been discussed or contemplated?* ☐ Ya ☐ Tidak
Yes No
Jika "Ya", sebutkan / *If yes, please provide details:* _____

7. 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?* _____

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

9. 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