



## PERTANYAAN TAMBAHAN GANGGUAN MATA

### Eye Disorder Questionnaire

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

1. Sebutkan diagnosa atau gangguan yang dialami seperti ambliopia, astigmatisma, katarak, buta warna, retinitis dll / Please state the precise diagnosis, or nature of the disorder e.g. amblyopia, amaurosis, astigmatism, blindness, cataract, choroiditis, color blindness, corneal ulcer, glaucoma, keratitis, retinitis, etc. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. Kapan pertama kali Anda merasakan gejala tersebut ? / When did you first experience symptoms? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
3. Apa yang menyebabkan timbulnya gejala-gejala tersebut, jelaskan / What was the underlying cause (if known), please describe \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Jelaskan mata mana yang mengalami gangguan ? ☐ Kiri ☐ Kanan ☐ Keduanya  
Please advise which eye(s) is/are/was/were affected? Left Right Both
5. Sebutkan gejala-gejala dan derajat gangguan penglihatan / Please describe your symptoms and degree of visual impairment (if any): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. a) Apakah gejala-gejala tersebut masih dirasakan / Are symptoms ongoing? ☐ Ya ☐ Tidak  
Yes No  
Jika "ya" apakah berkurang, tetap, atau bertambah parah / If yes, are the symptoms decreasing, remaining stable or worsening in severity? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- b) Berapa lama gejala-gejala tersebut Anda rasakan ?  
How long did the symptoms last ? \_\_\_\_\_
7. Sebutkan jenis pengobatan yang sudah Anda lakukan contoh kacamata, terapi laser, operasi dll :  
Please provide details of any treatment you have had in relation to this condition, e.g. glasses, laser therapy, medication, surgery etc.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. Apakah Anda pernah di rawat atau diperiksa dokter karena kondisi tersebut ? / Have you ever been admitted to hospital or had out-patient follow-up for this condition? ☐ Ya ☐ Tidak  
Yes No
9. Apakah ada pengobatan tambahan yang disarankan oleh dokter Anda / Has any further treatment or follow-up been discussed, recommended or otherwise contemplated? ☐ Ya ☐ Tidak  
Yes No  
Jika "ya" sebutkan / if yes, please provide details: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. 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? \_\_\_\_\_

11. Apakah Anda pernah kehilangan waktu kerja (tidak dapat bekerja) karena kondisi penyakit Anda ? / 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: \_\_\_\_\_

12. Jika Anda memiliki informasi tambahan/ pemeriksaan laboratorium/X-Ray/dll mohon sertakan  
Please 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**