



PERTANYAAN TAMBAHAN NYERI DADA DAN JANTUNG Chest Pain and Heart Disease Questionnaire

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

1. Sebutkan diagnosa penyakit Anda contoh angina, costochondritis, esophageal reflux, muscle strain, myocardial infarction, palpitations, stress, stroke. Lampirkan copy medis yang pernah dilakukan / Please state the precise diagnosis if known e.g. angina, costochondritis, esophageal reflux, muscle strain, myocardial infarction, palpitations, stress, stroke etc. Attach a copy of any medical reports if available. _____
2. Kapan pertama kali Anda merasakan gejala tersebut / When did you first experience / / symptoms? _____
3. Mohon sebutkan gejala-gejala tersebut / Please describe your symptoms fully: _____

4. Berapa lama gejala-gejala tersebut Anda rasakan / How long did the symptoms last? _____

5. Apakah gejala-gejala tersebut sering kambuh / Have you had any recurrence of ☐ Ya ☐ Tidak
symptoms? Yes No
Jika ya mohon sebutkan secara detail kapan, berapa lama dan kapan serangan terakhir / If yes, please provide details including frequency, duration and the approximate date of the last episode: _____

6. Apakah gejala-gejala tersebut di picu karena olahraga, makanan dll / Where your ☐ Ya ☐ Tidak
symptoms associated with exercise, exertion, food, etc.? Yes No
Jika "ya" sebutkan / If yes, please provide details: _____

7. Sebutkan pemeriksaan yang pernah Anda lakukan seperti pemeriksaan darah, x-ray, angiogram, echocardiograph, electrocardiograph, endoscopy, treadmill test dll / Please provide details of any tests or investigations that you have undergone, e.g. blood tests, chest x-rays, coronary angiogram, echocardiograph, electrocardiograph, endoscopy, exercise stress test etc. _____

8. Sebutkan obat-obatan yang Anda konsumsi / Please provide details of any medication taken for this condition: _____

9. Apakah Anda pernah di rawat atau berobat ke rumah sakit / Other than already stated, ☐ Ya ☐ Tidak
have you ever been admitted to hospital or had out-patient treatment for this condition? Yes No
Jika "ya" mohon sebutkan / if yes, please provide details: _____

10. Apakah Anda pernah di operasi karena keluhan yang Anda alami / Have you ever had any surgery for this condition: _____

Jika "ya" mohon jelaskan tindakan / operasi apa yang dilakukan msalnya : pasang stent, balloning, cincin, dll. / if yes please describe what kind of surgery you had e.g. Stenting, CABG, etc _____

11. 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? _____
12. Pasca operasi / tindakan tsb di atas apakah timbul gejala-gejala yang pernah dirasakan sebelumnya
Do you feel any symptom after the surgery? _____
Jika "ya" mohon jelaskan / if yes please describe _____
13. Apakah ada pengobatan tambahan atau yang disarankan oleh dokter Anda / Has ☐ Ya ☐ Tidak
any further treatment or follow-up been discussed, recommended or otherwise Yes No
contemplated?
Jika "ya" mohon sebutkan / if yes, please provide details: _____
14. 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: _____
15. 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