



PERTANYAAN TAMBAHAN POLIKISTIK OVARIUM

Polycystic Ovary Questionnaire

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

1. Kapan pertama kali Anda merasakan gejala tersebut / When did you first experience symptoms? / /
2. Jelaskan gejala klinis mana di bawah ini yang Anda rasakan / Please indicate which of the following clinical symptoms you have had :
- | | | |
|--|-----------------------------------|-------------------------------------|
| a) Gangguan Menstruasi / Menstrual problems | ☐ Ya / Yes | ☐ Tidak / No |
| b) Hyperandrogenism (e.g. acne, excess body hair or hair loss) | ☐ Ya / Yes | ☐ Tidak / No |
| c) Gangguan fertilitas / Fertility problems | ☐ Ya / Yes | ☐ Tidak / No |
| d) Peningkatan gula darah / Impaired glucose tolerance | ☐ Ya / Yes | ☐ Tidak / No |
| e) Diabetes Mellitus / Diabetes mellitus | ☐ Ya / Yes | ☐ Tidak / No |
| f) Peningkatan kadar kolesterol / Elevated cholesterol levels | ☐ Ya / Yes | ☐ Tidak / No |
| g) Hipertensi / High blood pressure | ☐ Ya / Yes | ☐ Tidak / No |
| h) Gangguan tidur / Sleep apnea | ☐ Ya / Yes | ☐ Tidak / No |
| i) Lainnya / Other symptoms: | ☐ Ya / Yes | ☐ Tidak / No |

Jika "ya" mohon jelaskan gejala-gejalanya / If you answered yes to any of the above symptoms, please provide details: _____

3. Kapan pertama kali Anda merasakan gejala tersebut ? / When did you first experience symptoms? / /
4. Mohon sebutkan gejala-gejala tersebut / Please describe your symptoms fully: _____

5. Apakah Anda masih merasakan gejala-gejala tersebut hingga saat ini? / Do you still experience symptoms? ☐ Ya Yes ☐ Tidak No
Jika "tidak", kapan terakhir kali Anda merasakan gejala-gejala tersebut / If no, when did you last experience symptoms? / /

6. Hingga sekarang, apakah minum obat secara teratur / Do you currently take any medication to lower your blood pressure? ☐ 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 pemeriksaan di atas adakah pemeriksaan lain yang Anda lakukan ? ☐ Ya Yes ☐ Tidak No
Other than regular monitoring of your blood pressure, has any future treatment or investigation been discussed or contemplated?
Jika "ya" mohon sebutkan / If yes, please provide details: _____

7. Apakah Anda pernah melakukan pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan darah, cystoscopy, x-ray, CT scan, MRI atau USG / Have you ever had any tests or investigations for this condition e.g. blood tests, cystoscopy, x-ray, CT, MRI or ultrasound scan? ☐ Ya Yes ☐ Tidak No

Jika "ya" mohon sebutkan / If yes, please provide details: _____

8. Apakah ada pemeriksaan atau pengobatan lain yang Anda lakukan / Has any further treatment or investigation been discussed or contemplated? ☐ Ya Yes ☐ Tidak No
Jika "ya" mohon sebutkan / if yes, please provide details: _____

9. 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?

10. Apakah Anda pernah tidak masuk kerja karena keluhan diatas / Have you ever taken time off work because of it? ☐ Ya Yes ☐ Tidak No
Jika "ya" mohon sebutkan kapan dan berapa lama /If yes, please provide details including dates and durations: _____

11. 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