



PERTANYAAN TAMBAHAN KELAINAN SYARAF Neurologi Disoder Questionnaire

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

1. Sebutkan diagnosa penyakit yang Anda alami seperti stroke, bells palsy, ataksia, Parkinson dll. Dan lampirkan hasil pemeriksaan yang ada / Please state the precise diagnosis e.g stroke, bells palsy, atacsia, Parkinson disease. 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. Apakah Anda masih merasakan gejala-gejala seperti sakit kepala, rasa berputar/vertigo, depresi, gangguan jantung dll / Do you still experience symptomse.g headache, vertigo,depression, heart diseases? ☐ Ya ☐ Tidak
Yes No
Jika "tidak", kapan terakhir kali Anda merasakan gejala-gejala tersebut / If no, when did you last experience symptoms? / /

5. Apakah Anda mengonsumsi obat secara teratur hingga saat ini? / Do you currently take any medication? ☐ Ya ☐ Tidak
Yes No
Jika "ya" mohon sebutkan nama obat, dosis dan berapa lama / If yes, please provide details including names, dosages and frequency: _____

6. 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 ☐ Tidak
Yes No
Jika "ya" mohon sebutkan nama obat, dosis dan berapa lama / If yes, please provide details including names, dosages and frequency: _____

7. Apakah Anda pernah melakukan pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan darah, x-ray, CT scan, MRI atau USG / Have you ever had any tests or investigations for this condition e.g. blood tests, x-ray, CT, MRI or ultrasound scan? ☐ Ya ☐ Tidak
Yes No
Jika "ya" mohon sebutkan / If yes, please provide details: _____

8. 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" mohon sebutkan / if yes, please provide details: _____

9. Apakah Anda pernah di rawat di rumah sakit atau di operasi karena keluhan di atas / *Have you ever been admitted to hospital or having surgery for this condition?*
Jika "ya" mohon sebutkan kapan dan berapa lama *If yes, please provide details including dates and durations:* _____
10. Sebutkan nama dokter dan alamat tempat Anda memeriksakan diri / *Please provide the name and address of the doctors and/or specialists you have seen.* _____
11. Apakah Anda pernah tidak masuk kerja karena keluhan diatas/ *Have you ever taken* ☐ Ya ☐ Tidak
time off work because of it? Yes No
Jika "ya" mohon sebutkan kapan dan berapa lama *If yes, please provide details including dates and durations:* _____
12. 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