



PERTANYAAN TAMBAHAN PENYAKIT SENDI Arthritis Questionnaire

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

1. Tuliskan Diagnosa Penyakit yang Anda derita, contoh Rheumatoid Arthritis, Osteoarthritis, Ankylosing Spondylitis, Reiter's Syndrome, Psoriatic Arthritis, dll / Please state the precise diagnosis, or nature of the condition that you are suffering from e.g. Rheumatoid Arthritis, Osteoarthritis, Ankylosing Spondylitis, Reiter's Syndrome, Psoriatic Arthritis, etc. _____
2. Kapan gejala tersebut pertama kali Anda rasakan / When did you first experience symptoms? / /
3. Deskripsikan gejala-gejala yang Anda alami / Please describe your symptoms: _____

4. a) Apakah gejala-gejala tersebut masih Anda rasakan / Are these symptoms ongoing? ☐ Ya ☐ Tidak
Yes No
b) Jika "ya", apakah bertambah parah / If yes, are they worsening in severity? ☐ Ya ☐ Tidak
Yes No
c) Kapan terakhir kali Anda merasakan gejala-gejala tersebut / When did you last experience symptoms? / /
d) Bagian sendi mana yang terkena gejala – gejala tersebut ? / Which joints are or have been affected? _____
e) Apakah aktivitas Anda terganggu karena keluhan tersebut / Are your daily activities affected or restricted in any way? ☐ Ya ☐ Tidak
Yes No
Jika "ya" jelaskan / If yes, please provide details: _____
f) Apakah Anda menggunakan alat bantu saat beraktifitas, seperti tongkat atau alat bantu lain ? / Do you use a walking stick or other mobility aid? ☐ Ya ☐ Tidak
Yes No
Jika "ya" jelaskan / If yes, please provide details: _____

5. Apakah Anda menggunakan obat-obatan untuk mengurangi gejala-gejala diatas ? ☐ Ya ☐ Tidak
Do you currently take medication for this condition? Yes No
Jika "Ya", sebutkan / If yes, please provide details: _____

6. Apakah Anda pernah menggunakan obat-obatan untuk mengurangi gejala tersebut di masa lalu ? / Have you taken medications in the past for this condition? ☐ Ya ☐ Tidak
Yes No
Jika "Ya" mohon sebutkan / If yes, please provide details: _____

7. Apakah Anda pernah menjalani pengobatan atau melakukan pemeriksaan penunjang seperti tes darah, X-ray, arthroscopy, operasi dll./ Has any other treatment, test or investigation been carried out in connection with this condition e.g. blood tests, x-ray, arthroscopy, surgery etc.? ☐ Ya ☐ Tidak
Yes No

Jika ya, sebutkan tanggal, prosedur dan hasilnya / If yes, please provide details including dates, procedures, result : _____

8. Apakah Anda pernah di rawat atau diperiksa dokter karena kondisi tersebut / Have ☐ Ya ☐ Tidak
you ever been admitted to hospital or had out-patient follow-up for this condition? Yes No
Jika "Ya", mohon sebutkan dan kapan / If yes, please provide details including relevant dates: _____
9. Apakah Anda pernah dianjurkan untuk menjalani terapi atau pemeriksaan lainnya, ☐ Ya ☐ Tidak
seperti operasi ? /Has any future treatment or investigation been discussed or Yes No
contemplated, such as change in medication, surgery or other therapy?
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 ☐ Ya ☐ Tidak
penyakit Anda ini /Have you ever taken time off work with this condition? 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
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