



PERTANYAAN TAMBAHAN TEKANAN DARAH TINGGI

Blood Pressure Questionnaire

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

1. Kapan pertama kali Anda di diagnosa hipertensi ? / *When was your first diagnosed with raised blood pressure?* / /
2. Berapa tekanan darah Anda saat itu ? / *Do you know what your blood pressure was at that time?* _____
Jika "ya" jelaskan / *if yes, please provide details:* _____
3. Kapan terakhir kali tekanan darah Anda di ukur / *When did you last have your blood pressure measured?* / /
4. Apakah Anda mengetahui tekanan darah Anda saat ini / *Do you know what your blood pressure was on this occasion?* ☐ Ya ☐ Tidak
Yes No
Jika "ya" jelaskan / *if yes, please provide details:* _____

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

6. Selain yang disebutkan di atas, apakah ada obat-obatan lain yang di minum untuk menurunkan tekanan darah Anda / *Other than already stated above, have you ever taken any other medication to lower your blood pressure?* ☐ Ya ☐ Tidak
Yes No
Jika "ya" mohon sebutkan nama obat, dosis dan frekuensinya / *If yes, please provide details including names, dosages and frequency:* _____

7. Apakah Anda pernah melakukan pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan darah, tekanan darah 24 jam, EKG, Echo, urine lengkap dll./ *Have you ever had any related tests or investigations e.g. blood test, 24 hour blood pressure recording, electrocardiograph, echocardiograph, urine test etc.?* ☐ Ya ☐ Tidak
Yes No
Jika "ya" mohon sebutkan / *If yes, please provide details:* _____

8. Apakah Anda juga mengalami hyperkolesterol (peningkatan kadar lemak darah), diabetes mellitus (gula), jantung, ginjal, atau keluhan pada mata / *Do you suffer from any related problems e.g. raised cholesterol, diabetes mellitus, heart, kidney or eye problems?* ☐ Ya ☐ Tidak
Yes No
Jika "ya" mohon sebutkan / *If yes, please provide details:* _____

9. Selain pemeriksaan di atas adakah pemeriksaan lain yang Anda lakukan / Other ☐ Ya ☐ Tidak
than regular monitoring of your blood pressure, has any future treatment or investigation Yes No
been discussed or contemplated?

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

10. Sebutkan nama dokter dan alamat tempat Anda memeriksakan tekanan darah Anda / Please provide the name and address of the doctors and/or specialists you have seen in relation to your raised blood pressure.

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