



## **PERTANYAAN TAMBAHAN KELAINAN LEHER DAN TULANG BELAKANG**

### **Back & Neck Questionnaire**

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

1. Tuliskan diagnosis penyakit yang Anda derita seperti HNP, nyeri tulang belakang, lumbago, spondylosis, spondyloarthropathy, dll / Please state the precise diagnosis, or nature of the disorder e.g. simple back strain, herniated disk, lumbago, spondylosis, spondyloarthropathy, etc.: \_\_\_\_\_

2. Kapan pertama kali penyakit tersebut di diagnosa ? / When was the condition diagnosed or when did you first experience symptoms? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

3. Apakah penyebabnya (contoh kecelakaan, degeneratif, dll.) / What was the underlying cause (e.g. accident, degeneration, etc.)? \_\_\_\_\_

4. Sebutkan bagian tulang belakang yang terasa sakit seperti tulang leher, punggung atau tulang duduk dan jelaskan gejala-gejala yang dirasakan / Please advise which part of your back is or was affected, e.g. cervical spine (neck), thoracic spine (upper middle) or lumbar spine (lower) and describe your symptoms : \_\_\_\_\_

5. Apakah gejala tersebut masih dirasakan sampai sekarang / Are symptoms ongoing? ☐ Ya ☐ Tidak  
Yes No  
Jika "ya", apakah gejala dirasakan berkurang, tetap atau bertambah parah / If yes, are the symptoms decreasing, remaining stable or worsening in severity? \_\_\_\_\_

6. Kapan terakhir Anda merasakan gejala tersebut ? / When did you last experience symptoms? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Jelaskan seberapa sering Anda merasakan gejala tersebut dan berapa lama sakit berlangsung ? / Please also advise how often or how many times you have ever experienced symptoms and how long the symptoms have persisted on these occasions? \_\_\_\_\_

7. Apakah gejala-gejala tersebut mengganggu aktifitas Anda / Have your daily activities ever been affected or restricted in any way? ☐ Ya ☐ Tidak  
Yes No  
Jika "Ya" mohon sebutkan / If yes, please provide details : \_\_\_\_\_

8. Apakah Anda mengonsumsi obat-obatan / Do you currently take medication or other treatment for this condition? \_\_\_\_\_  
Jika "Ya" mohon sebutkan / If yes, please provide details: \_\_\_\_\_

9. Jelaskan pengobatan apa yang pernah Anda lakukan contoh operasi fisioterapi, akupuntur dll / Please provide details of any other treatment that you have had for this condition, e.g. surgery, treatment by a physiotherapist, acupuncturist etc.: \_\_\_\_\_

10. Apakah Anda pernah menjalani test atau pemeriksaan seperti foto Rontgent, MRI, CT scan atau pemeriksaan syaraf / Have you ever had any tests or investigations carried out in connection with this condition, e.g. x-ray, MRI, CT scan or nerve conduction studies? ☐ Ya ☐ Tidak  
Yes No  
Jika "Ya", mohon sebutkan kapan dan dimana / If yes, please provide details including relevant dates: \_\_\_\_\_

11. Apakah Anda pernah di rawat atau diperiksa dokter karena kondisi tersebut / Have you ever been admitted to hospital or had out-patient follow-up for this condition? ☐ Ya ☐ Tidak  
Yes No  
Jika "Ya", mohon sebutkan dan kapan / If yes, please provide details including relevant dates: \_\_\_\_\_
12. Apakah ada pengobatan atau pemeriksaan yang masih dijalani / Has any future treatment or investigation been discussed or contemplated? ☐ Ya ☐ Tidak  
Yes No  
Jika "Ya", mohon sebutkan kapan dan dimana / If yes, please provide details including relevant dates: \_\_\_\_\_
13. 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?  
Jika "Ya", mohon sebutkan dan kapan konsultasi terakhir / If yes, please provide details including relevant dates: \_\_\_\_\_
14. Apakah keluhan di atas mengganggu aktivitas sehari – hari / Have your working duties ever been affected or restricted in any way? ☐ Ya ☐ Tidak  
Yes No  
Jika "ya" mohon jelaskan tanggal dan berapa lama berlangsung / If yes, please provide details including dates and durations: \_\_\_\_\_
15. Apakah Anda pernah kehilangan waktu kerja (tidak dapat bekerja) karena kondisi penyakit Anda ini / Have you ever taken time off work with this condition? ☐ Ya ☐ Tidak  
Yes No  
Jika "Ya", mohon sebutkan, kapan dan berapa lama / If yes, please provide details including relevant dates: \_\_\_\_\_
16. 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

- 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.*
- 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