



PERTANYAAN TAMBAHAN TUMOR, KISTA, DAN PERTUMBUHAN ABNORMAL LAINNYA

Tumor, Cyst, and Other Abnormal Form Questionnaire

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

1. Sebutkan diagnosa penyakit Anda dan lampirkan hasil pemeriksaan yang ada. / Please state the precise diagnosis. Attach a copy of any medical reports if available. _____

2. Kapan pertama kali Anda merasakan gejala - gejala tersebut / When did you first experience / / symptoms?

3. Deskripsikan gejala-gejala tersebut / Please describe your symptoms fully: _____

4. Deskripsikan dimana letak kista / tumor / pertumbuhan abnormal tersebut pada tubuh Anda. / Please describe which part of your body has cyst, tumor, and other malforms? _____
Jelaskan / Please describe _____

5. Apakah Anda menjalani pengobatan secara teratur hingga saat ini ? / Do you ☐ Ya ☐ Tidak
currently take any medication? Yes No
Jika "ya" 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 Anda ☐ Ya ☐ Tidak
konsumsi/ Other than already stated above, have you ever taken any other medication? Yes No
Jika "ya" 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 ☐ Ya ☐ Tidak
darah, x-ray, CT scan, MRI, biopsi atau USG / Have you ever had any tests or Yes No
investigations for this condition e.g. blood tests, x-ray, CT, MRI, biopsy or ultrasound scan?
Jika "ya" sebutkan / If yes, please provide details: _____

8. Apakah ada pengobatan tambahan yang disarankan oleh dokter Anda seperti ☐ Ya ☐ Tidak
kemoterapi, dll / Has any further treatment or follow-up been discussed, recommended Yes No
or otherwise contemplated e.g chemotherapy?
Jika "ya" sebutkan / if yes, please provide details: _____

9. Apakah Anda pernah di rawat di rumah sakit atau di operasi atau menjalani transplantasi organ karena keluhan di atas / *Have you ever been admitted to hospital or having surgery or organ transplantation for this condition?*
Jika “ya” 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? ☐ Ya ☐ Tidak
Have you ever taken time off work because of it? Yes No
Jika “ya” 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