



# Kuesioner Kesehatan

Nomor Polis:

□□□□ - □□□□□□□□

Nama:

Tanggal Lahir:

(wajib diisi oleh Calon Pemegang Polis dan Calon Tertanggung)

Setiap jawaban "Ya" wajib dijelaskan di kolom sebelahnya. Apabila jawaban melebihi kolom yang tersedia, mohon menuliskan jawabannya pada Formulir PPA dan diberikan bersama lampiran SPAJ ini.

| 10 Darah  | Calon Tertanggung        |                          | Calon Pemegang Polis     |                          | Jika "Ya" mohon jelaskan dengan lengkap |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
|   | Ya                       | Tidak                    | Ya                       | Tidak                    |   |
| A. Apakah Anda/Calon Tertanggung sedang/pernah menderita Thalassemia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| o Thalassemia yang diderita?  |                          |                          |                          |                          |   |
| o Alpha Thalassemia   |                          |                          |                          |                          |   |
| a. Silent   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| b. Trait/Minor  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| c. Haemoglobin H disease  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| d. Major/hydropsfetal   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| e. Tidak tahu   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| o Beta Thalassemia  |                          |                          |                          |                          |   |
| a. Trait/Minor  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| b. Intermedia   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| c. Major  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| d. Tidak tahu   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| o Pengobatan apa yang sudah diberikan/dilakukan? .....                |                          |                          |                          |                          |   |
| B. Apakah Anda/Calon Tertanggung sedang/pernah menderita leukemia?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| Apakah Anda/Calon Tertanggung mengetahui tipe leukemia yang diderita? |                          |                          |                          |                          |   |
| a. AML (Acute Myeloid Leukemia)                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| b. CLL (Chronic Lymphocyte Leukemia)                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| c. CML (Chronic Myelogenous Leukemia)                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| d. ALL (Acute Lymphoblastic Leukemia)                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| o Berapa usia pada saat pertama didiagnosis? .....                    |                          |                          |                          |                          |   |
| o Usia pada saat diagnosis < 15 tahun                                 |                          |                          |                          |                          |   |
| a. Treatment terakhir < 10 tahun                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| b. Treatment terakhir 10-15 tahun                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| c. Treatment terakhir > 15 tahun                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| o Usia pada saat didiagnosis > 15 tahun                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| C. Apakah Anda/Calon Tertanggung sedang/pernah menderita haemophilia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| D. Apakah Anda/Calon Tertanggung sedang/pernah menderita HIV/AIDS?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| E. Apakah Anda/Calon Tertanggung sedang/pernah menderita Anemia?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| a. Berapa kadar HB nya? .....   |                          |                          |                          |                          |   |
| b. Pengobatan apa yang sudah diberikan/dilakukan? .....               |                          |                          |                          |                          |   |
| c. Apakah Anda/Calon Tertanggung rutin menerima transfusi darah?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| d. Apakah Anda/Calon Tertanggung pernah dirawat?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| o Kapan terakhir dirawat? .....                                       |                          |                          |                          |                          |   |
| o Oleh Dokter siapa? .....  |                          |                          |                          |                          |   |
| o Nama Rumah Sakit? .....   |                          |                          |                          |                          |   |



## PERNYATAAN PEMBERIAN KUASA

Dengan ini Saya/Kami, menyatakan dan menjamin bahwa:

- 1) Saya/Kami telah membaca dan mengerti seluruh pertanyaan pada lampiran SPAJ ini, serta telah menjawab dan mengisi seluruh pertanyaan dengan jujur, lengkap dan sesuai dengan keadaan dan fakta yang sebenarnya.
- 2) SPAJ ini merupakan dasar diterbitkannya pertanggungan dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis, oleh karenanya Saya/Kami memahami bahwa apabila ternyata jawaban dan keterangan yang Saya/Kami berikan tidak benar atau tidak sesuai dengan keadaan yang sebenarnya, maka PT. AXA Financial Indonesia ("AFI") berhak untuk membatalkan pertanggungan ini.
- 3) Pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya tanpa adanya paksaan dari pihak manapun untuk dapat dipergunakan sesuai dengan tujuannya.

Sehubungan dengan pernyataan diatas dan untuk membuktikan kebenaran atas pernyataan tersebut diatas, maka:

- 1) Saya/Kami dengan ini memberikan kuasa kepada AFI yang tidak dapat ditarik kembali untuk melakukan penelusuran, pengecekan, atau permintaan data, keterangan dan dokumen kepada setiap tenaga medis, Dokter, Rumah Sakit, klinik, puskesmas, laboratorium, perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi, badan hukum, instansi atau lembaga, perorangan, organisasi atau pihak lain yang memiliki keterangan atau informasi mengenai pekerjaan, riwayat dan catatan medis atas diri Saya/Kami.
- 2) Dengan ini memberi kuasa dan izin kepada Dokter/Rumah Sakit (termasuk Paramedis/Petugas Administrasi Rumah Sakit)/Klinik/Puskesmas/Laboratorium/Perusahaan Asuransi/Perusahaan Reasuransi/Badan Hukum/Instansi/Lembaga/Organisasi/Perorangan atau pihak lain yang memiliki catatan/informasi riwayat kesehatan, riwayat perawatan atau informasi lainnya yang berkaitan dengan diri Saya/Kami untuk mengungkapkan atau memberikannya kepada AFI untuk keperluan pengajuan asuransi jiwa, perubahan polis, pemrosesan klaim dan/atau analisa dan/atau pencegahan penipuan.
- 3) Pernyataan dan kuasa yang Saya/Kami berikan ini akan tetap berlaku selama Saya/Kami masih hidup maupun sesudah Saya/Kami meninggal dunia dan sehubungan dengan hal tersebut Saya/Kami menyetujui untuk mengesampingkan ketentuan pada Pasal 1813, 1814 dan Pasal 1816 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata.

Ditandatangani di:

 /  /  (tgl/bln/thn)

Calon Pemegang Polis

Calon Tertanggung

Orang Tua/Wali Bila  
Tertanggung <17 Tahun

Saksi (Agen)

Nama Jelas

Nama Jelas

Nama Jelas

Nama Jelas

Catatan: Bila Calon Tertanggung berusia dibawah 17 tahun, maka Kuesioner Kesehatan ini wajib diisi oleh Pemegang Polis/Orang Tua yang sah.



PT AXA Financial Indonesia terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK)