



Nomor Polis:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Formulir Pernyataan Kesehatan

INFORMASI PENTING

Siapa yang bisa mengisi Formulir Pernyataan Kesehatan ini?

Surat Pernyataan dan kuasa ini harus diisi oleh Pemegang Polis (Peserta)

Informasi apa saja yang diperlukan untuk melengkapi formulir ini ?

Rincian data sesuai dengan jenis Pernyataan Kesehatan yang diinginkan oleh nasabah

Cara mudah pengajuan Formulir Pernyataan Kesehatan



Baca dengan seksama



Isi dengan lengkap dan lampirkan copy Identitas Diri (KTP/SIM/Paspor/KITAS)



Kirim ke AXA atau melalui Agen Anda

A. Informasi Fisik

		Tertanggung (Peserta yang diasuransikan)	Pemegang Polis (Peserta)
a) Mohon lengkapi tinggi/berat badan Anda saat ini	Tinggi Badan (cm)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Berat Badan (kg)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b) Jelaskan tinggi/berat badan anda tahun lalu	Tinggi Badan (cm)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Berat Badan (kg)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c) Alasan perubahan tinggi/berat badan			

B. Informasi Pekerjaan

Pekerjaan saat ini (sebutkan tugas utama)	Sebutkan pekerjaan sebelumnya apabila pekerjaan saat ini belum mencapai masa kerja 2 (dua) tahun

Nama dan Alamat Perusahaan (Pelajar : tuliskan Nama dan Alamat Sekolah)	Pendapatan Tahunan
	Rp.

C. Data Informasi Pribadi

	Tertanggung (Peserta yang diasuransikan)		Pemegang Polis (Peserta)		Jika "Ya", Mohon jelaskan dengan lengkap
	Ya	Tidak	Ya	Tidak	
a) Apakah pernah permohonan asuransi jiwa atau asuransi kesehatan Anda/Tertanggung (Peserta yang diasuransikan) ditolak, dibatalkan atau dikenakan premi tambahan atau diubah dalam bentuk apapun oleh Perusahaan lain?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Apakah Anda/Tertanggung (Peserta yang diasuransikan) mempunyai Polis lain atau sedang mengajukan permohonan asuransi jiwa di perusahaan AXA atau perusahaan lainnya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Dalam 5 tahun terakhir, apakah Anda/Tertanggung (Peserta yang diasuransikan) pernah dirawat di RS atau menjalani operasi atau mendapatkan perawatan atau konsultasi untuk suatu luka, penyakit kritis atau gejala penyakit apapun?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Apakah Anda/Tertanggung (Peserta yang diasuransikan) mempunyai kebiasaan merokok, menggunakan obat bius/narkotika, obat/zat atau alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PT AXA Financial Indonesia

Customer Care Centre

AXA Tower Lt. GF

Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia

e-mail: customer@axa-financial.co.id



Head Office

AXA Tower Lt. 17

Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia

Formulir Pernyataan Kesehatan

e) Apakah ada keluarga Anda/Tertanggung (Peserta yang diasuransikan) yang pernah menderita penyakit TBC, kencing manis, penyakit ginjal, sakit jantung, stroke, tekanan darah tinggi, penyakit jantung koroner, penyakit jiwa/syaraf atau kanker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) Apakah Anda/Tertanggung (Peserta yang diasuransikan) adalah Angkatan Bersenjata atau berstatus pegawai/pejabat Pemerintahan/anggota partai tertentu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g) Apakah Anda/Tertanggung (Peserta yang diasuransikan) pernah atau bermaksud ikut dalam olah raga yang beresiko tinggi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h) Apakah Anda/Tertanggung (Peserta yang diasuransikan) sekarang dalam keadaan terganggu, memerlukan atau dianjurkan operasi atau dalam perawatan dokter/makan obat untuk alasan apapun?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

D. Data Kesehatan

	Tertanggung (Peserta yang diasuransikan)		Pemegang Polis (Peserta)	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
a) Apakah anda dalam keadaan sehat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Sebutkan nama dan alamat dokter yang Anda/Tertanggung (Peserta yang diasuransikan) kunjungi jika menderita sakit				
c) Kapan terakhir kali Anda/Tertanggung (Peserta yang diasuransikan) berkonsultasi dengan dokter, apa alasannya dan bagaimana hasilnya?				

Jika tidak, jelaskan

E. Data Kesehatan Tambahan

	Tertanggung (Peserta yang diasuransikan)		Pemegang Polis (Peserta)		Jika "Ya", Mohon jelaskan dengan lengkap
	Ya	Tidak	Ya	Tidak	
Apakah Anda pernah/ sedang menderita penyakit/ gangguan/ kelainan pada :					
a) Sistem saraf, kerangka & otot: sering pusing, pingsan, kesemutan, nyeri sendi, rematik/encok, demam rematik, kelemahan alat gerak, kelumpuhan, ayun/kejang, vertigo, stroke, penurunan kesadaran, stress atau gangguan jiwa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Sistem kelenjar & darah: Gangguan Hormon, gondok, pembesaran getah bening, asam urat, kencing manis, kolesterol, kurang darah/anemia, thalassemia, hemofilia, leukemia dan kelainan darah lainnya, menerima transfusi darah, donor darah/cuci darah?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Telinga Hidung Tenggorokan: Termasuk fungsi pendengaran/bicara?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Mata, Termasuk fungsi penglihatan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) Paru-paru: Fungsi pernafasan, saluran nafas, batuk lama, bronchitis, asma, batuk darah, TBC?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) Jantung & Pembuluh darah: Nyeri dada, berdebar tak teratur, sakit jantung, tekanan darah tinggi/rendah, penyempitan/penyumbatan/gangguan peredaran darah, varises,ambeien (wasir)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g) Organ Perut: sakit maag, sakit kuning (liver), muntah darah, hernia, sering diare, mual, muntah-muntah, hepatitis, radang/batu empedu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h) Sistem Kemih & Kelamin: sakit pinggang, sakit/nyeri saat buang air kecil, saluran kencing, kencing batu/kencing berpasir, batu ginjal, kencing berdarah, kencing nanah, sakit prostate, gagal ginjal, penyakit kelamin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i) Tulang & kulit: Gangguan tulang belakang, patah tulang, polio, amputasi, kelainan kulit, kusta, tahi lalat yang membesar dengan cepat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
j) Pertumbuhan Sel: Tumor, kista, kanker, benjolan atau pertumbuhan abnormal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Formulir Pernyataan Kesehatan

k) Sistem kekebalan dan infeksi HIV/AIDS atau gejala kompleks yang berhubungan dengan AIDS (ARC), malaria, disentri amuba, alergi, lupus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
l) Lain-lain yang belum disebutkan seperti kelainan bentuk tubuh atau jenis luka apapun, cacat fisik, cacat bawaan, trauma kepala?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
m) Dalam Lima Tahun terakhir, apakah anda pernah disarankan/menjalani pemeriksaan Laboratorium, Rontgen (X-Ray), USG, CT Scan, Biopsy, Elektrokardiogram, tes urine atau tes darah misalnya : kolesterol, gula darah, AIDS, hepatitis termasuk Hepatitis B, C, Anemia, dan lain-lain.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
n) Apakah orang tua atau saudara kandung Anda ada yang menderita atau meninggal karena penyakit kelainan darah, penyakit hati, penyakit jantung, penyakit ginjal, stroke, diabetes, hipertensi, penyakit kejiwaan, TBC, kanker, Hemofilia, AIDS dan lain-lain.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

F. Informasi Kesehatan Khusus Wanita

	Tertanggung (Peserta yang diasuransikan)		Pemegang Polis (Peserta)		Jika "Ya", Mohon jelaskan dengan lengkap
	Ya	Tidak	Ya	Tidak	
a) Apakah saat ini anda sedang hamil? Jika "Ya", berapa bulan usia kehamilan anda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Untuk wanita yang sudah melahirkan, apakah ada komplikasi saat kehamilan seperti diabetes, hipertensi atau lainnya? .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Apakah pernah menderita benjolan pada payudara atau penyakit payudara lainnya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Apakah ada gangguan haid, pernah/sedang menderita kelainan janin di dalam kandungan/ rahim/indung telur/organ reproduksi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) Apakah anda pernah menjalankan papsmear dan dianjurkan untuk melakukan papsmear kembali 6 bulan kemudian ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) Apakah anda pernah disarankan untuk menjalani tes Mammografi, biopsy, Operasi payudara, USG Panggul atau pemeriksaan organ kandungan lainnya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

G. Data Kesehatan Anak

a) Kelahiran secara : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Operasi/Cesar Bantuan alat : <input type="checkbox"/> Vacum <input type="checkbox"/> Forceps Lain-lain _____ Alasan dilakukan tindakan selain normal/spontan _____ Nama dokter dan RS yan melakukan tindakan ? _____			
b) Lama Kehamilan <input type="checkbox"/> 9 bulan <input type="checkbox"/> < 9 bulan <input type="checkbox"/> > 9 bulan		Lama Kehamilan dalam mingguan <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
c) Panjang/Berat saat lahir : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm/ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg			
		Ya	Tidak
d) Ada kelainan atau penyakit pada waktu dalam kandungan		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Pada saat melahirkan ada kesulitan/kelainan/penyakit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dilahirkan di : <input type="checkbox"/> Rumah Sakit <input type="checkbox"/> Rumah Bersalin <input type="checkbox"/> Lain-lain, yaitu Sebutkan Nama/Alamat _____			

Formulir Pernyataan Kesehatan

Maestro Juvenile CI Cover		
Pernyataan Kesehatan	Tertanggung (Peserta yang diasuransikan)	
	Ya	Tidak
1. Apakah Tertanggung (Peserta yang diasuransikan) sudah menerima imunisasi dasar secara lengkap sesuai dengan usianya ? 2. Apakah Tertanggung (Peserta yang diasuransikan) pernah atau telah diberitahukan untuk melakukan atau menerima perawatan sehubungan dengan: a. Gangguan fisik apapun atau gangguan pertumbuhan atau abnormalitas atau kelahiran prematur, gangguan penglihatan, gangguan pendengaran atau gangguan bicara ? b. Epilepsi, kejang, kelemahan tungkai, hidrosefalus, tidak sadarkan diri, sakit kepala berkepanjangan, gangguan saraf atau gangguan mental apapun atau gangguan saraf lainnya 3. Apakah Tertanggung (Peserta yang diasuransikan) pernah didiagnosa adanya keterlambatan dalam tahapan tumbuh kembang anak ? 4. Apakah ada saudara kandung dari Tertanggung (Peserta yang diasuransikan) yang menderita cacat lahir atau mempunyai cacat bawaan, atau gangguan tumbuh kembang, atau kelahiran genetik, atau gangguan intelektual, atau autisme ?		

H. Data Keluarga

a) Data Keluarga Tertanggung (Peserta yang diasuransikan)

	Masih Hidup		Meninggal	
	Usia	Kondisi Kesehatan	Penyebab Kematian	Usia Meninggal
Ayah				
Ibu				
Suami/ Istri				
Saudara Pria ----- (orang)				
Saudara Wanita ----- (orang)				
Anak ----- (orang)				

b) Data Keluarga Pemegang Polis (Peserta)

	Masih Hidup		Meninggal	
	Usia	Kondisi Kesehatan	Penyebab Kematian	Usia Meninggal
Ayah				
Ibu				
Suami/ Istri				
Saudara Pria ----- (orang)				
Saudara Wanita ----- (orang)				
Anak ----- (orang)				

Pernyataan dan Kuasa

1. Telah membaca, mengerti, menjawab, dan mengisi semua pertanyaan pada Formulir Pernyataan Kesehatan ini dengan jujur, lengkap, dan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya.
2. Semua jawaban dan keterangan di atas merupakan dasar dan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari Polis. Saya/Tertanggung (Peserta yang diasuransikan) menyetujui bahwa apabila ternyata jawaban dan keterangan yang Saya/Tertanggung (Peserta yang diasuransikan) berikan itu tidak benar, maka PT AXA Financial Indonesia ("AXA") berhak membatalkan Polis sesuai dengan ketentuan dalam Polis.
3. Saya/Tertanggung (Peserta yang diasuransikan) setuju bahwa jawaban-jawaban tersebut telah dijadikan dasar untuk perubahan Polis.
4. Dengan ini memberikan kuasa 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 mempunyai keterangan tentang kebiasaan, pekerjaan dan catatan medis dari Saya/Tertanggung (Peserta yang diasuransikan), untuk mengungkapkan kepada perusahaan. Semua keterangan atau catatan kebiasaan, pekerjaan dan catatan medis Saya/Tertanggung yang tidak dapat ditarik kembali atau dibatalkan berhubungan dengan kebiasaan pekerjaan dan catatan medis Saya/Tertanggung (Peserta yang diasuransikan) untuk diberikan kepada AXA
5. Dokter yang pernah dan akan memeriksa Saya/Tertanggung (Peserta yang diasuransikan) diperkenankan mengadakan pemeriksaan medis yang diperlukan (seperti autopsi dan lain-lain) terhadap Saya/Tertanggung (Peserta yang diasuransikan) bila terdapat hal-hal yang kurang wajar dalam hal kematian Saya/Tertanggung (Peserta yang diasuransikan) dikemudian hari.
6. Perubahan Polis ini berlaku sejak permohonan ini disetujui oleh Pengelola selama Tertanggung (Peserta yang diasuransikan) masih hidup serta layak asuransi dan premi (kontribusi) yang diperlukan telah dibayar penuh.
7. Apabila terdapat kelebihan pembayaran premi pada saat perubahan Polis maka Saya/Tertanggung (Peserta yang diasuransikan) setuju bila kelebihan tersebut menjadi penambahan untuk dana investasi yang telah Saya/Tertanggung (Peserta yang diasuransikan) pilih dan telah Saya/Tertanggung (Peserta yang diasuransikan) setuju dalam Polis ini.

Perubahan Polis ini berlaku efektif sejak disetujui oleh Penanggung (Pengelola) dan Tertanggung (Peserta yang diasuransikan) masih hidup dan premi (kontribusi) asuransi telah dibayar penuh. Pemberian Kuasa ini tidak akan berakhir karena sebab-sebab yang tercantum dalam Pasal 1813, 1814, dan pasal 1816 KUHPerdata, baik pada saat Saya/Tertanggung (Peserta yang diasuransikan) hidup ataupun pada saat sudah meninggal dan dapat ditujukan kepada seluruh dokter terdaftar, Rumah Sakit, Puskesmas, klinik, laboratorium, perusahaan asuransi, badan hukum, perorangan, organisasi atau pihak lainnya yang mempunyai catatan atau keterangan dan/atau informasi mengenai keadaan atau riwayat kesehatan atas diri Saya/Tertanggung (Peserta yang diasuransikan) untuk memberikan semua catatan dan/atau keterangan tersebut kepada AXA selaku Pengelola atau pihak lain yang diberi kuasa olehnya. Apabila diperlukan Surat Kuasa lain yang lebih khusus sehubungan dengan pemberian kuasa ini, maka surat kuasa tersebut dianggap sudah termasuk dalam Surat kuasa ini. Fotokopi dari Surat Kuasa ini, memiliki kekuatan hukum yang sama kuat dan sah seperti aslinya. Apabila terlebih dahulu dibubuhi stempel/dinyatakan kembali oleh perusahaan bahwa salinan tersebut sesuai aslinya.

Nama Tertanggung (Peserta yang diasuransikan)

Tanda Tangan

Tanggal

Nama Pemegang Polis (Peserta)

Tanda Tangan

Tanggal

Wajib diisi oleh Agen AXA Financial Indonesia yang membantu :

Kode Agen : _____

Nama Agen : _____

Nama Group : _____

No. Telepon Agen : _____