



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.

| 3 Jantung dan Pembuluh Darah | Calon Tertanggung | | Calon Pemegang Polis | | Jika "Ya" mohon jelaskan dengan lengkap |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| | Ya | Tidak | Ya | Tidak | |
| <p>A. Apakah Anda/Calon Tertanggung sedang/pernah mengalami Serangan Jantung?</p> <p>→ Jika Ya,</p> <p><input type="checkbox"/> Kapan serangan pertama?</p> <p><input type="checkbox"/> Kapan serangan terakhir?</p> <p><input type="checkbox"/> Berapa kali serangan?</p> <p><input type="checkbox"/> Pengobatan apa saja yang sudah diberikan?</p> <p><input type="checkbox"/> Apakah disertai Darah Tinggi?</p> <p><input type="checkbox"/> Apakah disertai Kencing Manis?</p> <p><input type="checkbox"/> Pengobatan apa saja yang sudah diberikan/dilakukan, oleh Dokter siapa dan di Rumah Sakit mana?</p> <p><input type="checkbox"/> Pemeriksaan apa saja yang pernah dilakukan? (Lampirkan)</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <p>B. Apakah Anda/Calon Tertanggung sedang/pernah menderita Nyeri Dada (Chest Pain/Angina Pectoris)?</p> <p>→ Jika Ya,</p> <p><input type="checkbox"/> Kapan serangan pertama?</p> <p><input type="checkbox"/> Kapan serangan terakhir?</p> <p><input type="checkbox"/> Berapa kali serangan?</p> <p><input type="checkbox"/> Pengobatan apa saja yang sudah diberikan?</p> <p><input type="checkbox"/> Apakah disertai Darah Tinggi?</p> <p><input type="checkbox"/> Apakah disertai Kencing Manis?</p> <p><input type="checkbox"/> Pengobatan apa saja yang sudah diberikan/dilakukan, oleh Dokter siapa dan di Rumah Sakit mana?</p> <p><input type="checkbox"/> Pemeriksaan apa saja yang pernah dilakukan? (Lampirkan)</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <p>C. Apakah Anda/Calon Tertanggung sedang/pernah menderita Kelainan Katup Jantung?</p> <p>→ Jika Ya,</p> <p><input type="checkbox"/> Kapan serangan pertama?</p> <p><input type="checkbox"/> Kapan serangan terakhir?</p> <p><input type="checkbox"/> Berapa kali serangan?</p> <p><input type="checkbox"/> Pengobatan apa saja yang sudah diberikan?</p> <p><input type="checkbox"/> Apakah disertai Darah Tinggi?</p> <p><input type="checkbox"/> Apakah disertai Kencing Manis?</p> <p><input type="checkbox"/> Pengobatan apa saja yang sudah diberikan/dilakukan, oleh Dokter siapa dan di Rumah Sakit mana?</p> <p><input type="checkbox"/> Pemeriksaan apa saja yang pernah dilakukan? (Lampirkan)</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <p>D. Apakah Anda/Calon Tertanggung sedang/pernah menderita Pembesaran Jantung?</p> <p>→ Jika Ya,</p> <p><input type="checkbox"/> Kapan serangan pertama?</p> <p><input type="checkbox"/> Kapan serangan terakhir?</p> <p><input type="checkbox"/> Berapa kali serangan?</p> <p><input type="checkbox"/> Pengobatan apa saja yang sudah diberikan?</p> <p><input type="checkbox"/> Apakah disertai Darah Tinggi?</p> <p><input type="checkbox"/> Apakah disertai Kencing Manis?</p> <p><input type="checkbox"/> Pengobatan apa saja yang sudah diberikan/dilakukan, oleh Dokter siapa dan di Rumah Sakit mana?</p> <p><input type="checkbox"/> Pemeriksaan apa saja yang pernah dilakukan? (Lampirkan)</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |



| | Calon Tertanggung | | Calon Pemegang Polis | | Jika "Ya" mohon jelaskan dengan lengkap |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| | Ya | Tidak | Ya | Tidak | |
| E. Apakah Anda/Calon Tertanggung sedang/pernah menjalani operasi CABG atau PTCA (Pemasangan Ring/Baloon)? → Jika Ya, <input type="checkbox"/> Kapan dilakukan operasi tersebut? <input type="checkbox"/> Mengapa dilakukan operasi tersebut? <input type="checkbox"/> Obat-obatan apa saja yang diberikan <input type="checkbox"/> Apakah disertai Darah Tinggi? <input type="checkbox"/> Apakah disertai Kencing Manis? <input type="checkbox"/> Berapa pembuluh darah yang tersumbat? <input type="checkbox"/> Pembedahan dilakukan oleh Dokter siapa? <input type="checkbox"/> Mohon lampirkan hasil operasi (Wajib dilampirkan) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |



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.