



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.

2 Ginjal, Kiemih dan Prostat	Calon Tertanggung		Calon Pemegang Polis		Jika "Ya" mohon jelaskan dengan lengkap
	Ya	Tidak	Ya	Tidak	
A. Apakah Anda/Calon Tertanggung sedang/pernah didiagnosa atau menderita Penyakit Ginjal? → Jika Ya,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a. Tanpa Operasi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o Jumlah serangan ≤ 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o Jumlah serangan > 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
□ Serangan terakhir < 1 tahun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
□ Serangan terakhir > 1 tahun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Dengan Operasi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o Jumlah serangan sebelum operasi ≤ 3:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
□ Serangan terakhir ≤ 1 tahun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
□ Serangan terakhir > 1 tahun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o Jumlah serangan sebelum operasi > 3:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
□ Serangan terakhir < 1 tahun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
□ Serangan terakhir 1-2 tahun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
□ Serangan terakhir > 2 tahun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
□ Apakah disertai Darah Tinggi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
□ Apakah disertai Kelainan Ginjal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
□ Apakah disertai Kelainan Urine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B. Apakah dilakukan Pengangkatan Ginjal? → Jika Ya,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
□ 1 atau 2 ginjal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o Kapan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
□ 0-3 bulan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
□ > 3 bulan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
□ Apa penyebabnya?					
C. Apakah Anda/Calon Tertanggung sedang/pernah menjalani/dilakukan dialisis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D. Apakah Anda/Calon Tertanggung sedang/pernah mengalami kondisi terdapat darah dalam urine (Hematuria)? → Jika Ya,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a. Usia < 55 tahun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
□ Trace (1-4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
□ Mild (5-9/+)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
□ Moderate (10-19/++)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
□ Severe (≥ 20/+++)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
□ Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Usia > 55 tahun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
□ Trace (1-4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
□ Mild (5-9/+)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
□ Moderate/Severe (10-19++/≥20+++)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
□ Tidak tahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Pernah memiliki/riwayat Hematuria dan tidak diketahui penyebabnya:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
□ < 6 bulan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
□ > 6 bulan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
□ Usia < 55	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
□ Usia > 55	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
□ Trace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
□ Mild/Moderate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
E. Apakah Anda/Calon Tertanggung sedang/pernah mengalami kondisi terdapat protein dalam urine (Protein Uria/Albuminuria)? → Jika Ya,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
□ Kapan?					
□ Obat-obatan apa saja yang diberikan					
□ Pengobatan apa saja yang sudah diberikan/dilakukan, Nama Dokter yang merawat dan di Rumah Sakit mana?					



	Calon Tertanggung		Calon Pemegang Polis		Jika "Ya" mohon jelaskan dengan lengkap
	Ya	Tidak	Ya	Tidak	
F. Apakah Anda/Calon Tertanggung sedang/pernah menderita Gagal Ginjal? → Jika Ya, <input type="checkbox"/> Kapan? <input type="checkbox"/> Obat-obatan apa saja yang diberikan <input type="checkbox"/> Pengobatan apa saja yang sudah diberikan/dilakukan, Dokter siapa yang merawat dan di Rumah Sakit mana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G. Apakah Anda/Calon Tertanggung sedang/pernah menderita Pembesaran Prostat/BPH? → Jika Ya, <input type="checkbox"/> Berapa PSA Anda/Calon Tertanggung?	<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.