

Formulir Permintaan Pemeriksaan Kesehatan / Tes Laboratorium Calon Nasabah terkait Produk Asuransi Yang Dikaitkan Dengan Investasi (PAYDI)

Kepada Yth:

Rumah Sakit / Lab / Klinik:

Dengan hormat,

Dengan ini kami mohon kesediaannya untuk melakukan pemeriksaan kesehatan atas calon nasabah PT AXA Mandiri Financial Services (AXA Mandiri) di bawah ini.

Calon Tertanggung / Calon Pemegang Polis harus menyerahkan fotokopi Kartu Identitas (KTP / Paspor) dan Akte Lahir (untuk anak) kepada dokter pemeriksa sebelum pemeriksaan kesehatan dilakukan.). Nasabah menanggung seluruh biaya pemeriksaan kesehatan.

1. Informasi Financial Advisor Pengirim

Nama Financial Advisor Pengirim : _____
 Kode Financial Advisor Pengirim : _____
 No Telpon / Handphone Financial Advisor Pengirim : _____
 Region : _____

2. Informasi Calon Tertanggung

Nama Calon Tertanggung : _____
 Tanggal Lahir : _____
 No. Identitas : _____
 No. Telepon / Handphone : _____

3. Pemeriksaan yang Dibutuhkan

Departemen pengirim: New Business / Underwriting

Jenis Pemeriksaan Kesehatan
Pemeriksaan Fisik
Pemeriksaan Urine Lengkap (CMU)
Pemeriksaan Rontgen Dada (CXR)
Pemeriksaan Darah Lengkap (CBC) : Hb, Ht, Leukosit, Trombosit, Hitung Jenis, Laju Endap Darah (LED)
Pemeriksaan Tinja Rutin (Feces Rutin)
Pemeriksaan Darah; Gula Puasa, HbA1C, Kolesterol, Triglicerida, HDL, LDL, Ureum, Kreatinin, SGOT, SGPT, GGT, Bilirubin, Albumin, Globulin, Alkaline Phospatase, HBsAg, Anti HCV, tes HIV
Tumor Markers - Laki-laki : PSA, AFP, CEA - Wanita : CEA, AFP, CA125

USG Whole Abdomen
Echo Cardiography
Treadmill (Usia > 17 th) / ECG (usia < 17 th)

Catatan:

Pemeriksaan Kesehatan dilakukan oleh Dokter Spesialis Anak jika yang diperiksa adalah Anak usia 0-10 tahun
 Sebelum pemeriksaan Darah Lengkap diharuskan puasa minimal 10 jam
 Untuk Wanita hamil; jika diharuskan *Treadmill test* harus dikonfirmasi ke Departemen Underwriting (Kantor Pusat)
 Blood Profile (BP) / Pemeriksaan Darah:

- Darah Rutin : Hb, Ht, Hitung Jenis, Eritrosit, LED, MCV, MCH, Trombosit
- Fungsi Hati : SGOT, SGPT, GGT, Alkali Phospatase, Bilirubin, HBsAg (Jika (+) lakukan pemeriksaan HBeAg)
- Fungsi Ginjal : Ureum, Kreatinin, Asam Urat
- Gula Darah : HbA1C
- Profil Lipid : Total Kolesterol, HDL, LDL, Trigliserid

ECG : Elektrokardiogram

TMT : Treadmill Test

4. Keterangan untuk Dokter/Laboratorium Pemeriksa/Pusat

Mohon mengirimkan hasil pemeriksaan Kesehatan ke alamat berikut ini:

PT AXA Mandiri Financial Services

AXA Tower Lt.9, Jl. Prof. Dr. Satrio Kav.18 Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia

UP : New Business / Underwriting

Tanggal pemeriksaan kesehatan yang dikehendaki oleh Nasabah:

Tanggal pemeriksaan pertama: / /

Tanggal pemeriksaan kedua: / /

5. Keterangan tambahan mengenai Calon Tertanggung/Calon Pemegang Polis

Keterangan tambahan:

Demikian atas kerja sama yang diberikan, kami ucapkan terima kasih.

Ditandatangani di _____

Tanggal : / /

Tanda Tangan Financial Advisor Pengirim

Nama Jelas: