

PT Prudential Life Assurance berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

Formulir Data Kesehatan dan Hobi untuk (Calon) Pemegang Polis Perorangan/Badan Usaha

Wajib diisi dengan tulisan tangan menggunakan PULPEN, TINTA WARNA HITAM, HURUF CETAK, TULISAN TIDAK KELUAR DARI KOTAK, JELAS dan memberi tanda ✓ pada kotak jawaban yang sesuai. Formulir yang tidak diisi dengan lengkap tidak dapat diproses.

Nama (Calon) Pemegang Polis

Untuk pengajuan dengan kriteria berikut: (Beri tanda ✓ sesuai jenis pengajuan yang diajukan)

- SPAJ*, yang jarak antara tanggal penandatanganan SPAJ dengan tanggal diterimanya di kantor pusat lebih dari 30 hari.
- Perubahan Mayor (*Major Alteration*)**
- Pemulihan Polis (*Revival*)**

Alasan Polis dipulihkan: (pilihan dapat lebih dari satu) Proteksi Tabungan Pendidikan Investasi
 Lainnya (sebutkan): _____

Alasan tidak terbayarnya Premi sehingga Polis tidak Aktif (*Lapsed*): (pilih salah satu) Masalah Keuangan Gagal Debit Kartu Kredit/Tabungan
 Tidak Menerima Tagihan Masalah Administrasi Pembayaran
 Pindah Alamat Lainnya (sebutkan): _____

*Mohon mengisi pertanyaan I dan II, **Mohon mengisi pertanyaan I, II dan III

I. Data (Calon) Tertanggung

<input type="checkbox"/> (Calon) Tertanggung Utama	<input type="checkbox"/> (Calon) Tertanggung Tambahan 1	<input type="checkbox"/> (Calon) Tertanggung Tambahan 2
<p>1. Nama Lengkap (Sesuai Identitas Diri)</p> <input type="text"/> <input type="text"/>	<p>1. Nama Lengkap (Sesuai Identitas Diri)</p> <input type="text"/> <input type="text"/>	<p>1. Nama Lengkap (Sesuai Identitas Diri)</p> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>2. Tanggal Lahir (Tgl/Bln/Thn)</p> <input type="text"/> <input type="text"/>	<p>2. Tanggal Lahir (Tgl/Bln/Thn)</p> <input type="text"/> <input type="text"/>	<p>2. Tanggal Lahir (Tgl/Bln/Thn)</p> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>3. Pekerjaan Saat Ini</p> <input type="text"/>	<p>3. Pekerjaan Saat Ini</p> <input type="text"/>	<p>3. Pekerjaan Saat Ini</p> <input type="text"/>
<p>4. Tinggi (cm) Berat (kg)</p> <input type="text"/> <input type="text"/>	<p>4. Tinggi (cm) Berat (kg)</p> <input type="text"/> <input type="text"/>	<p>4. Tinggi (cm) Berat (kg)</p> <input type="text"/> <input type="text"/>

II. Data Kesehatan dan Hobi (Calon) Tertanggung

(Calon) Tertanggung Utama (TU) dan/atau (Calon) Tertanggung Tambahan 1 (TT1) dan/atau (Calon) Tertanggung Tambahan 2 (TT2) harus menjawab semua pertanyaan data kesehatan dan hobi dalam Formulir ini (dan dalam pernyataan pribadi yang menyangkut kesehatan yang diajukan oleh Penanggung atau pemeriksa kesehatan) secara lengkap dan jujur. Ketidaklengkapan dalam pengisian data kesehatan dan hobi dapat mengakibatkan berubahnya keputusan *underwriting* (seleksi risiko) dan/atau pembatalan Polis yang sudah diterbitkan. Apabila (Calon) Pemegang Polis ingin menambahkan informasi yang belum dituliskan di Formulir ini, mohon menuliskannya pada "Surat Pernyataan/Amendemen untuk SPAJ/SPAJT/Pengajuan Pelayanan Polis" dan dilampirkan bersama Formulir ini.
 Catatan: Dilengkapi oleh Orang Tua apabila (Calon) Tertanggung Utama berusia di bawah 17 tahun (usia sebenarnya)

Mohon memberikan tanda ✓ untuk jawaban yang sesuai atas pertanyaan nomor 1-12.

1. Apakah (Calon) Tertanggung memiliki hobi atau sewaktu-waktu melakukan kegiatan yang berisiko tinggi tersebut di bawah ini*:	TU	TT1	TT2
a. Mendaki Gunung/Kegiatan Mendaki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Menyelam/Scuba Diving	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Olahraga Bermotor (termasuk Balap Motor/Mobil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Terbang Layang/Terjun Payung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Selancar Air/Perahu Layar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Hobi/Kegiatan olahraga berisiko tinggi lainnya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mohon sebutkan nama hobi/kegiatan olahraga berisiko tinggi lainnya:			
TU <input style="width: 150px;" type="text"/>	TT1 <input style="width: 150px;" type="text"/>	TT2 <input style="width: 150px;" type="text"/>	
g. Tidak melakukan hobi atau kegiatan olahraga berisiko tinggi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Jika Anda memilih salah satu dari Poin a-f, mohon mengisi dan melampirkan Kuesioner sesuai Hobi/Kegiatan tersebut



2. Pertanyaan Bermukim

Apakah (Calon) Tertanggung sedang atau berencana tinggal di luar negeri lebih dari dan/atau sama dengan 6 (enam) bulan berturut-turut?

TU Ya Tidak

TT1 Ya Tidak

TT2 Ya Tidak

Jika menjawab “Ya”, mohon sebutkan nama negara tersebut:

TU

TT1

TT2

3. Data Fisik dan Status Merokok

(Calon) Tertanggung Utama		(Calon) Tertanggung Tambahan 1		(Calon) Tertanggung Tambahan 2	
Tinggi (cm) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Berat (kg) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Tinggi (cm) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Berat (kg) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Tinggi (cm) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Berat (kg) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Merokok dalam 12 bulan terakhir? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Batang per Hari <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Merokok dalam 12 bulan terakhir? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Batang per Hari <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Merokok dalam 12 bulan terakhir? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Batang per Hari <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<small>Catatan: Merokok dalam hal ini juga mengacu pada pemakaian tembakau/rokok/kretek/cerutu/rokok elektrik/ produk pengganti nikotin (termasuk tempelan nikotin).</small>		<small>Catatan: Merokok dalam hal ini juga mengacu pada pemakaian tembakau/rokok/kretek/cerutu/rokok elektrik/ produk pengganti nikotin (termasuk tempelan nikotin).</small>		<small>Catatan: Merokok dalam hal ini juga mengacu pada pemakaian tembakau/rokok/kretek/cerutu/rokok elektrik/ produk pengganti nikotin (termasuk tempelan nikotin).</small>	

4. Pertanyaan Gaya Hidup

a. Kapan (Calon) Tertanggung terakhir mengonsumsi minuman beralkohol sebanyak lebih dari atau sama dengan 5 (lima) minuman beralkohol ukuran baku (khusus pria), atau lebih dari atau sama dengan 4 (empat) minuman beralkohol ukuran baku (khusus wanita)

Catatan: Minuman beralkohol ukuran baku adalah satu takar/satu sloki minuman keras atau 1 (satu) gelas kecil minuman anggur atau 1 (satu) kaleng bir.

i. Dalam 1 (satu) bulan terakhir

ii. Kurang dari 3 (tiga) bulan yang lalu

iii. 3 (tiga) hingga 12 (dua belas) bulan yang lalu

iv. Lebih dari 12 (dua belas) bulan yang lalu

v. Tidak mengonsumsi minuman beralkohol

vi. Selalu minum minuman beralkohol kurang dari ukuran baku

TU	TT1	TT2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. Secara rata-rata, berapa hari dalam seminggu, (Calon) Tertanggung minum minuman beralkohol:

TU hari TT1 hari TT2 hari

c. Ketika minum minuman beralkohol pada hari biasa, berapa jumlah rata-rata minuman beralkohol yang (Calon) Tertanggung minum:

TU ukuran baku TT1 ukuran baku TT2 ukuran baku

5. Pertanyaan Obat-obatan

Apakah (Calon) Tertanggung pernah atau sedang menggunakan obat-obatan terlarang/narkoba atau bahan adiktif lainnya dalam 5 (lima) tahun terakhir?

TU Ya Tidak

TT1 Ya Tidak

TT2 Ya Tidak

Jika menjawab “Ya”, mohon isi pertanyaan di bawah ini:

a. Sebutkan nama obat/zat yang dikonsumsi:

TU TT1 TT2

b. Kapan terakhir menggunakan obat/zat tersebut:

TU TT1 TT2

c. Seberapa sering obat/zat tersebut digunakan:

i. Harian

ii. Beberapa kali dalam seminggu

iii. Kadang-kadang

iv. Sudah tidak menggunakan obat/zat tersebut dalam 1 (satu) tahun terakhir

TU	TT1	TT2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



6. Apakah ada di antara anggota keluarga kandungImmediate family*** (Calon) Tertanggung (hidup atau meninggal) yang memiliki salah satu riwayat kesehatan berikut ini sebelum memasuki usia 60 (enam puluh) tahun?**

TU Ya Tidak
 TT1 Ya Tidak
 TT2 Ya Tidak

*Anggota Keluarga: *immediate family*, paman, bibi, kakek, nenek, keponakan, sepupu, dan lain-lain

**Immediate family: ayah, ibu, saudara Laki-laki atau Saudara Perempuan

- Jika "Ya", mohon mengisi tabel kondisi di bawah ini dengan mencantumkan usia saat kondisi diketahui/muncul gejala penyakit.
- Apabila melebihi kolom yang tersedia, mohon menuliskan jawabannya pada "Surat Pernyataan/Amendemen untuk SPAJ/SPAJT/Pengajuan Pelayanan Polis" dan dilampirkan bersama Formulir ini.

Anggota Keluarga	Kanker Sebutkan Jenisnya***			Penyakit Jantung			Stroke			Diabetes Mellitus/ Kencing Manis			Penyakit Ginjal Polikistik Bawaan/ Familial Polycystic Kidney Disease			Penyakit Saraf Motorik/Motor Neuron Disease			Penyakit Parkinson			
	TU	TT1	TT2	TU	TT1	TT2	TU	TT1	TT2	TU	TT1	TT2	TU	TT1	TT2	TU	TT1	TT2	TU	TT1	TT2	
i. Ibu																						
ii. Ayah																						
iii. Adik/Kakak Laki-laki																						
iv. Adik/Kakak Perempuan																						

***Jenis-jenis Kanker: Kanker Payudara/Kanker Usus Besar (*Colon Cancer*)/Kanker Indung Telur (*Ovarium Cancer*)/Kanker Jenis Lainnya.

7. Pertanyaan Riwayat Kesehatan

Apabila (Calon) Tertanggung sudah sembuh total dan tanpa komplikasi dari kondisi-kondisi di bawah ini, maka (Calon) Tertanggung tidak perlu memberitahukan kondisi-kondisi tersebut kepada kami:

- Radang Usus Buntu, yang sudah diobati dan sembuh total melalui operasi pengangkatan Usus Buntu.
- Bunion (penonjolan tulang pada ibu jari kaki) atau Bony Spur (tulang menonjol) atau kuku kaki yang tumbuh ke dalam (*in-grown toenail*), yang sudah dioperasi dan sembuh total
- Pilek, flu atau episode tunggal infeksi saluran pernapasan atas, yang sudah diobati dan sembuh total
- Bedah kosmetik (selain Operasi Sedot Lemak atau Operasi Pembesaran Payudara)
- Perawatan gigi rutin
- Radang amandel/Tonsilitis, yang sudah sembuh total melalui operasi angkat amandel
- Pemeriksaan ginekologis rutin tanpa adanya temuan abnormal
- Vaksinasi rutin atau infeksi yang sudah sembuh dengan antibiotik tunggal
- Episode tunggal infeksi saluran kemih, kecuali jika dibutuhkan rawat inap
- Keluhan kulit, selain Psoriasis atau Eksema atau Penyakit/Reaksi auto-imun lainnya
- Keseleo pada pergelangan tangan atau pergelangan kaki
- Kehamilan sebelumnya atau operasi Sesar (tanpa indikasi medis) atau kontrasepsi
- Vasektomi atau sterilisasi

a. Apakah (Calon) Tertanggung pernah mengidap penyakit di bawah ini:

TU Ya Tidak
 TT1 Ya Tidak
 TT2 Ya Tidak

Jika menjawab "Ya", pilih kondisi kesehatan yang sesuai:

- i. Kanker
- ii. Karsinoma in-situ
- iii. Gagal Ginjal
- iv. *Diabetes Mellitus*/Kencing manis*
- v. HIV/AIDS
- vi. *Stroke* termasuk *Transient Ischemic Attack* (TIA)
- vii. Segala kondisi yang berhubungan dengan Jantung*

TU	TT1	TT2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. Dalam 5 (lima) tahun terakhir, apakah (Calon) Tertanggung mengalami gejala/diperiksa lebih lanjut/konsultasi/didiagnosis/saat ini sedang diperiksa untuk kondisi berikut ini: Gangguan Prostat, Asma*, Hepatitis, Gangguan Tiroid*, Gangguan Payudara*, Kista Ovarium/Indung Telur*, *Uterine Fibroid*/Mioma*, Tekanan Darah Tinggi*, Peningkatan Lemak Darah, Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK)*.

TU Ya Tidak
 TT1 Ya Tidak
 TT2 Ya Tidak



c. Selain dari yang telah (Calon) Tertanggung sebutkan, apakah 5 (lima) tahun terakhir (Calon) Tertanggung pernah mengalami kondisi kesehatan yang memerlukan salah satu tindakan berikut:

- Tidak masuk kerja selama lebih dari 1 (satu) minggu, dan/atau
- Menjalani pengobatan/perawatan berkelanjutan selama 2 (dua) minggu berturut-turut atau lebih, dan/atau
- Menjalani/dianjurkan rawat inap di fasilitas kesehatan, atau melakukan *one day care surgery* (perawatan/tindakan operasi 1 (satu) hari), dan/atau
- Pernah disarankan/dianjurkan/untuk melakukan perawatan/konsultasi lebih lanjut/mendapat nasihat medis dengan Dokter Medis/Dokter Spesial

TU	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
TT1	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
TT2	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak

Apabila menjawab pertanyaan C di atas, pilih semua kondisi kesehatan yang sesuai:

- | | TU | TT1 | TT2 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| i. Tumor, Benjolan/Pembesaran/Pembengkakan, Pertumbuhan, Polip, Kista, atau Nodul* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ii. Kondisi apa pun yang memengaruhi Paru* : Bronkitis, <i>Emphysema</i> , Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK), Sesak Napas, Tuberkulosis (TBC), <i>Pneumonia/Infeksi Paru</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| iii. Kondisi apa pun yang memengaruhi Darah* : Anemia, <i>Thalasemia</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| iv. Kondisi apa pun yang memengaruhi Bagian Perut, Lambung, Pankreas, Kandung Empedu, Usus dan Hati : <i>Gastritis/Maag*</i> , Refluks, Ulkus, Kolitis/Infeksi Usus*, Penyakit <i>Crohn/Chron's Disease*</i> , <i>Pankreatitis/Radang Pankreas</i> , Perdarahan <i>Gastro-intestinal/Perdarahan Lambung-Usus*</i> , Sirosis, Perlemakan Hati/ <i>Fatty Liver</i> , Batu Empedu, <i>Kolesistitis/Radang Kandung Empedu, Gastroenteritis/Diare</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| v. Kondisi apa pun yang memengaruhi Ginjal atau Kandung Kemih : Penyakit Ginjal Polisistik/ <i>Polycystic Kidney Disease</i> , <i>Nefritis/Radang Ginjal</i> , Batu Ginjal, Hasil pemeriksaan Urin yang tidak normal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| vi. Kondisi apa pun yang memengaruhi Otot*, Tulang atau Sendi* : <i>Osteoarthritis</i> , Rematik*, Nyeri Tulang Belakang*, <i>Lupus Eritematosus Sistemik (SLE/Systemic Lupus Erythematosus)</i> , <i>Gout/Asam Urat</i> , Patah Tulang | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| vii. Kondisi apa pun yang memengaruhi Otak atau Sistem Saraf : Epilepsi**, <i>Aneurisma, Multiple Sclerosis</i> , Paralisis/Kelumpuhan, Kehilangan kemampuan berbicara | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| viii. Kondisi apa pun yang memengaruhi Kesehatan Mental/Kejiwaan* : Depresi, Kecemasan, Skizofrenia, Gangguan Bipolar, Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas/ <i>Attention Deficit Hiperactive Disorder</i> , Autisme, Gangguan Tidur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ix. Kondisi apa pun yang memengaruhi Mata atau Telinga : Gloukoma, Katarak, Kebutaan (Tidak dapat diperbaiki dengan penggunaan kacamata), Tuli (Tidak dapat diperbaiki dengan penggunaan alat bantu dengar) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| x. Kondisi apa pun yang memengaruhi Kulit : Psoriasis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| xi. [Wanita] Kondisi atau gangguan apa pun yang memengaruhi Rahim*, Leher Rahim/Cervix*, Indung Telur/Ovarium* : Gangguan Payudara, Kista Ovarium/Indung Telur, <i>Uterine fibroid/ Mioma</i> , Papsmear dengan hasil abnormal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| xii. [Pria] Kondisi atau gangguan apa pun yang memengaruhi Prostat, Testis : Gangguan Testicular | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| xiii. Kondisi lain yang tidak tercantum pada pilihan di atas: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Mohon sebutkan nama kondisi (Calon) Tertanggung:

TU TT1 TT2

*Lampirkan Kuesioner yang diisi oleh (Calon) Tertanggung; **Lampirkan Kuesioner yang diisi oleh (Calon) Tertanggung dan Dokter

d. Dalam 5 (lima) tahun terakhir, (Calon) Tertanggung pernah mengalami salah satu gangguan berikut ini:

- Demam Berdarah
- Tifus/*Typhoid*
- Kolitis Amoeba (infeksi usus yang disebabkan amoeba)
- Malaria
- Tidak mengalami gangguan tersebut di atas

	TU	TT1	TT2
• Demam Berdarah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Tifus/ <i>Typhoid</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kolitis Amoeba (infeksi usus yang disebabkan amoeba)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Malaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Tidak mengalami gangguan tersebut di atas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Jika (Calon) Tertanggung memilih salah satu dari gangguan di atas, mohon menjawab pertanyaan di bawah ini:

i. Apakah (Calon) Tertanggung sudah sembuh total dari kondisi tersebut:
 Jika menjawab "Ya", mohon lengkapi pertanyaan nomor ii di bawah ini

TU Ya Tidak

TT1 Ya Tidak

TT2 Ya Tidak

ii. Apakah sudah sembuh total sejak 3 (tiga) bulan yang lalu

TU Ya Tidak

TT1 Ya Tidak

TT2 Ya Tidak

e. Selain dari yang sudah (Calon) Tertanggung nyatakan kepada Kami, apakah (Calon) Tertanggung mengalami/memiliki **Keterbatasan Fisik atau Kelainan Bawaan atau Congenital**: *Cystic Fibrosis/Fibrosis Kistik, Kebutaan, Ketulian, Cerebral Palsy/Layuh Serebral, Gangguan Mental (contoh: Down Sindrom)*

TU Ya Tidak

TT1 Ya Tidak

TT2 Ya Tidak

f. Selain dari yang sudah (Calon) Tertanggung nyatakan kepada Kami, apakah (Calon) Tertanggung mengalami suatu tanda atau gejala apa pun (termasuk penurunan berat badan yang tidak diketahui penyebabnya), di mana (Calon) Tertanggung belum mencari/mendapat nasihat medis terkait kondisi tersebut?

TU Ya Tidak

TT1 Ya Tidak

TT2 Ya Tidak

8. Apabila (Calon) Tertanggung menjawab "Ya" untuk 1 (satu) atau lebih pertanyaan nomor 7a s/d 7f di atas, mohon menjawab pertanyaan di bawah ini. Apabila melebihi kolom yang tersedia, mohon menuliskan jawabannya pada "Surat Pernyataan/Amendemen untuk SPAJ/ SPAJT/Pengajuan Pelayanan Polis" dan dilampirkan bersama Formulir ini.

1. Sebutkan nama tanda/gejala/penyakit:

TU TT1 TT2

2. Kapan pertama kali diagnosis kondisi tersebut ditegakkan? (Tgl/Bln/Thn)

TU TT1 TT2

3. Kapan terakhir mengalami gejala? (Tgl/Bln/Thn)

TU TT1 TT2

4. Apakah (Calon) Tertanggung sudah melakukan pemeriksaan/konsultasi untuk kondisi tersebut?

Jika menjawab "Ya", mohon menjawab pertanyaan di bawah ini.

TU Ya Tidak

TT1 Ya Tidak

TT2 Ya Tidak

4.1. Apakah memiliki hasil pemeriksaan tersebut?

Jika menjawab "Ya", mohon melampirkan seluruh hasil pemeriksaan

TU Ya Tidak

TT1 Ya Tidak

TT2 Ya Tidak

5. Apakah (Calon) Tertanggung sudah sembuh total dari kondisi tersebut?

Jika menjawab "Tidak", mohon mengisi tanggal, jenis dan hasil pemeriksaan

TU Ya Tidak

TT1 Ya Tidak

TT2 Ya Tidak

Sebutkan tanggal, jenis dan hasil pemeriksaan tersebut, serta jenis pengobatan/perawatan yang digunakan:

TU TT1 TT2

6. Nama dan alamat lengkap Dokter yang merawat/klinik/rumah sakit yang dikunjungi (jika ada):

TU TT1 TT2

9. Selain dari yang sudah (Calon) Tertanggung nyatakan kepada Kami, apakah (Calon) Tertanggung menjalani atau sedang menunggu atau telah dianjurkan untuk menjalani tes atau pemeriksaan kesehatan, selain untuk pengajuan asuransi ini?

TU Ya Tidak

TT1 Ya Tidak

TT2 Ya Tidak



10. Apabila (Calon) Tertanggung menjawab “Ya” untuk pertanyaan nomor 9 di atas, mohon menjawab pertanyaan di bawah ini. Apabila melebihi kolom yang tersedia, mohon menuliskan jawabannya pada “Surat Pernyataan/Amendemen untuk SPAJ/SPAJT/ Pengajuan Pelayanan Polis” dan dilampirkan bersama Formulir ini.

1. Sebutkan nama tes atau pemeriksaan kesehatan tersebut:

TU TT1 TT2

2. Kapan dilakukan tes atau pemeriksaan kesehatan tersebut? (Tgl/Bln/Thn)

TU TT1 TT2

3. Apakah (Calon) Tertanggung pernah melakukan tes atau pemeriksaan serupa?

TU Ya Tidak
 TT1 Ya Tidak
 TT2 Ya Tidak

4. Nama dan alamat lengkap Dokter yang merawat/klinik/rumah sakit yang dikunjungi (jika ada):

TU TT1 TT2

11. Pertanyaan Khusus Wanita

Apakah saat ini (Calon) Tertanggung sedang hamil?

TU Ya Tidak
 TT1 Ya Tidak
 TT2 Ya Tidak

Jika menjawab “Ya”, mohon mengisi pertanyaan di bawah ini.

Apakah terdapat komplikasi atau kesulitan/masalah yang terdiagnosis pada kehamilan saat ini?

TU Ya Tidak
 TT1 Ya Tidak
 TT2 Ya Tidak

Apakah usia kehamilan (Calon) Tertanggung lebih dari 28 (dua puluh delapan) minggu?

TU Ya Tidak
 TT1 Ya Tidak
 TT2 Ya Tidak

12. Pertanyaan Khusus Anak-anak dengan usia sebenarnya kurang dari 2 (dua) tahun

Apakah Berat Badan waktu lahir kurang dari atau sama dengan 2500 gram?

TU Ya Tidak

III. Data Kepemilikan Asuransi Atas Diri Tertanggung (Kolom ini wajib diisi apabila Pemegang Polis mengajukan Perubahan Mayor/Pemulihan Polis)

Apakah Tertanggung juga sebagai Tertanggung pada Polis lain di PT Prudential Life Assurance dan/atau Perusahaan Asuransi Jiwa Lain? Ya Tidak

Jika Ya, wajib mengisi kolom di bawah. Apabila jawabannya melebihi kolom yang tersedia, mohon menuliskan jawabannya pada “Surat Pernyataan/Amendemen untuk SPAJ/SPAJT/Pengajuan Pelayanan Polis” dan dilampirkan bersama Formulir ini.

Tertanggung			Tipe Asuransi*	Nama Perusahaan	Jenis mata Uang		Uang Pertanggunggan	Polis Substandard***?	
TU	TT1	TT2	(1-6)		Rp	USD		Ya	Tidak

*Diisi sesuai jenis Tipe Asuransi: 1.Meninggal 2.Kecelakaan 3.Kondisi Penyakit Kritis 4.Rawat Inap Harian 5**.Rawat Inap dengan Koordinasi manfaat 6.Lainnya
 **Jika Tertanggung juga memiliki asuransi kesehatan dari perusahaan asuransi lainnya yang memberikan pertanggunggan sejenis bagi Penyakit, Cedera atau Ketidak-mampuan, atau juga mendapatkan penggantian atas segala biaya perawatan atas Penyakit, Cedera atau Ketidakmampuan dari perusahaan manapun yang dipertanggungkan dalam Polis ini, maka pada waktu terjadi klaim, Anda wajib menyampaikan surat koordinasi manfaat yang diterbitkan dan ditandatangani oleh pejabat yang berwenang dari perusahaan asuransi atau perusahaan lain tersebut, dan Kami hanya akan membayarkan biaya yang tersisa sampai maksimum jumlah yang dipertanggungkan berdasarkan Polis ini, setelah dikurangi jumlah total dari seluruh manfaat asuransi yang telah dibayarkan oleh perusahaan asuransi lain atau dari semua penggantian yang telah dibayarkan oleh perusahaan manapun atas segala biaya perawatan untuk Penyakit, Cedera dan Ketidakmampuan tersebut.
 ***Polis Substandard adalah Polis yang pengajuan asuransi jiwa/kesehatan atas diri (Calon) Tertanggung dapat diterima dengan Premi khusus atau dapat ditolak/ditangguhkan.

Pernyataan (Harap dibaca dengan teliti sebelum menandatangani Formulir ini)

“SAYA” Yang bertanda tangan di bawah ini, Pihak Berwenang yang bertindak untuk dan atas nama (Calon) Pemegang Polis, bersama-sama dengan Tertanggung (Pihak Berwenang dengan Tertanggung selanjutnya secara bersama-sama disebut sebagai “SAYA”) dengan ini menyatakan telah memahami dan menyetujui hal-hal sebagai berikut:

1. SAYA sendiri yang menandatangani Formulir ini setelah terisi lengkap dan benar.
2. Semua keterangan yang diberikan di dalam Formulir ini kepada PT Prudential Life Assurance (selanjutnya disebut “Penanggung”) adalah benar telah SAYA tuliskan dan tidak ada keterangan maupun hal-hal lain yang SAYA sembunyikan.
3. Seluruh informasi yang tertera di dalam Formulir ini adalah benar dan dibuat atas keinginan dan persetujuan SAYA. Segala risiko yang timbul termasuk yang diakibatkan karena Formulir ini ditandatangani dalam keadaan kosong/belum terisi lengkap menjadi tanggung jawab SAYA.
4. Apabila ternyata (Calon) Tertanggung melakukan pemeriksaan kesehatan tanpa adanya pemberitahuan ke Penanggung atau mengajukan klaim sebelum pengajuan ini disetujui, di mana hasil pemeriksaan atau data klaim tersebut dapat memengaruhi/mengubah keputusan *underwriting*/seleksi risiko, maka pengajuan ini akan ditinjau ulang oleh Penanggung dan penilaian ulang tersebut dapat menyebabkan pembatalan persetujuan pengajuan ini dan/atau pembatalan Polis.
5. SAYA dan/atau (Calon) Tertanggung, dengan ini memberikan kuasa dan izin kepada:
 - (i) Penanggung untuk meminta catatan riwayat kesehatan (Calon) Tertanggung atau informasi lain mengenai diri (Calon) Tertanggung dari setiap Tenaga Medis, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Laboratorium, perusahaan asuransi, perusahaan reasuransi, badan, instansi/lembaga atau pihak lain yang mempunyai catatan/informasi riwayat kesehatan atau informasi lain mengenai diri (Calon) Tertanggung; dan
 - (ii) Setiap Tenaga Medis, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Laboratorium, perusahaan asuransi, perusahaan reasuransi, badan, instansi/lembaga atau pihak lain yang mempunyai catatan riwayat kesehatan atau informasi lain mengenai diri (Calon) Tertanggung untuk mengungkapkan atau memberikan kepada Penanggung semua catatan riwayat kesehatan, atau perawatan atau informasi lain mengenai diri (Calon) Tertanggung.

Pemberian kuasa ini tidak dapat ditarik kembali atau dibatalkan dan tetap berlaku pada waktu (Calon) Tertanggung masih hidup maupun sesudah meninggal dunia, maupun oleh sebab-sebab yang telah disebutkan dalam Pasal 1813, Pasal 1814, dan Pasal 1816 Kitab Undang-undang Hukum Perdata Indonesia. Salinan/fotokopi dari kuasa ini memiliki kekuatan hukum yang sama dan mengikat sesuai dengan aslinya.

SAYA telah membaca seluruh halaman pada Formulir ini dan menyetujui semua yang tercantum pada Formulir ini.

Pastikan data alamat surat menyurat, alamat *e-mail* atau nomor *handphone* GSM yang terdaftar pada Polis Anda merupakan data yang terkini dan valid untuk selalu dapat menerima informasi terbaru dari Prudential Indonesia. Pengkinian data dapat dilakukan melalui:

1. Aplikasi Pulse untuk melakukan pengkinian informasi dengan mudah.
2. *Teleprocessing* dengan menghubungi Prudential Indonesia *Customer Line* di 1500085.
3. Mengirimkan Formulir Perubahan Data Pemegang Polis ke kantor pusat PT Prudential Life Assurance.

Mohon ditandatangani sesuai kartu identitas diri yang dilampirkan. Tanda tangan ini akan menjadi spesimen tanda tangan Anda selanjutnya.

Ditandatangani di:

Tanggal (Tgl/Bln/Thn)

Tanda Tangan dan Nama Jelas (Calon) Pemegang Polis Perorangan sesuai dengan kartu identitas diri yang dilampirkan

Tanda Tangan dan Nama Jelas Pihak berwenang dan/ yang ditunjuk oleh (Calon) Pemegang Polis Badan Usaha sesuai dengan kartu identitas diri yang dilampirkan.

Tanda Tangan dan Nama Jelas (Calon) Pembayar Premi (jika berbeda dengan (Calon) Pemegang Polis/Tertanggung Utama/Tertanggung Tambahan 1/Tertanggung Tambahan 2 sesuai dengan kartu identitas diri yang dilampirkan

Tanda Tangan dan Nama Jelas (Calon) Tertanggung Utama jika berusia lebih dari 17 tahun (usia sebenarnya)

Tanda Tangan dan Nama Jelas (Calon) Tertanggung Tambahan 1 jika berusia lebih dari 17 tahun (usia sebenarnya)

Tanda Tangan dan Nama Jelas (Calon) Tertanggung Tambahan 2 jika berusia lebih dari 17 tahun (usia sebenarnya)

Tanda Tangan Orang Tua (Calon) Tertanggung apabila (Calon) Tertanggung berusia di bawah 21 tahun (usia sebenarnya)

Disaksikan oleh:
Tanda Tangan dan Nama Jelas Tenaga Pemasar

Kode Tenaga Pemasar

