



## Formulir Pernyataan Kesehatan dan Hobi untuk Pemegang Polis Badan Usaha dengan Minimal 50 Tertanggung

- Wajib diisi dengan tulisan tangan menggunakan PULPEN, TINTA WARNA HITAM, HURUF CETAK, JELAS dan memberikan tanda ✓ pada kolom yang sesuai.
- Jika terjadi salah penulisan jangan dihapus, tetapi dicoret dan bubuhkan tanda tangan Pihak Berwenang dari/ yang Ditunjuk oleh Pemegang Polis di sebelumnya sesuai dengan kartu identitas diri yang dilampirkan.
- Untuk mempercepat proses pengajuan Anda, wajib mengisi Formulir ini secara lengkap dan menyertakan seluruh persyaratan yang tertera pada Formulir ini.
- Mohon tidak menandatangani Formulir ini dalam keadaan kosong dan pastikan semua pertanyaan telah diisi dengan lengkap dan benar sebelum menandatangani.
- Jika Pemegang Polis telah berubah menjadi Individu, mohon mengisi formulir Data Kesehatan dan Hobi untuk Pemegang Polis Individu dengan mengikuti persyaratan dan ketentuan Data Kesehatan dan Hobi untuk Pemegang Polis Individu.

 Tanggal Pengajuan       (Tgl/Bln/Thn)

 Nomor Polis                     

Nama Pemegang Polis

Nama Pihak Berwenang dari/ yang Ditunjuk oleh Pemegang Polis

Kategori yang diajukan Perubahan Polis (pilih salah satu):

- Seluruh Pegawai/Anggota/Pimpinan di semua level       Seluruh Pegawai/Anggota/Pimpinan di level tertentu  
 Sebagian Pegawai/Anggota/Pimpinan                       Keluarga Inti dari Pegawai/Anggota/Pimpinan

Dengan ini SAYA selaku Pihak Berwenang dari/ yang Ditunjuk oleh Pemegang Polis bertindak untuk dan atas nama Pemegang Polis menyatakan bahwa:

1. Sampai dengan tanggal ditandatanganinya Formulir ini, seluruh Tertanggung yang datanya tercantum dalam lampiran ini adalah:

- a)  Setuju     Tidak Setuju Pegawai/Pemilik/Direksi/Komisaris/Pengurus/Anggota dari Pemegang Polis dan/atau Keluarga Inti dari Pegawai/Pemilik/Direksi/Komisaris/Pengurus/Anggota dari Pemegang Polis tersebut (Suami/Istri/Anak Kandung) yang sah.
- b)  Setuju     Tidak Setuju Tidak sedang menjalani pengobatan atau tidak sedang merencanakan untuk mengikuti pemeriksaan kesehatan selain untuk tujuan rutin pekerjaan.
- c)  Setuju     Tidak Setuju Pengajuan asuransi jiwa, kesehatan, atau pengobatan atas diri Tertanggung tidak pernah ditolak, ditunda, dikenakan Ekstra Premi atau ditolak perpanjangan asuransinya.
- d)  Setuju     Tidak Setuju Dalam 2 tahun terakhir tidak menunjukkan adanya diagnosis atau hasil pemeriksaan yang tidak normal, dan tidak menderita penyakit yang perlu penanganan Dokter.
- e)  Setuju     Tidak Setuju Dalam 2 tahun terakhir tidak pernah menerima informasi, didiagnosis, atau mendapatkan pengobatan untuk Penyakit Jantung, Nyeri Dada, *Stroke*, Hipertensi, Radang Paru-paru, TBC, Asma, Kencing Manis, AIDS, atau kelainan yang berhubungan dengan AIDS, HIV Positif, Kanker, Tumor, Penyakit Ginjal, penyakit hati termasuk Hepatitis, Leukemia, Epilepsi, kelainan pada sistem sirkulasi darah, kelainan mental, kelainan bawaan lainnya, otak atau saraf maupun penyakit keturunan, dan lain-lain.
- f)  Setuju     Tidak Setuju Tidak memiliki hobi atau sewaktu-waktu melakukan kegiatan yang berisiko tinggi atau dalam pekerjaan berisiko tinggi yang disebutkan berikut ini: Menyelam, Olahraga Air selain Menyelam, *Carving & Potholing*, Terjun Payung, Paralayang, Panjat Tebing/Mendaki Gunung, *Microlighting*, Balap Motor/Mobil, Penerbangan, Minyak & Gas Bumi, Pertambangan, Angkatan Bersenjata, Nelayan dan Kelautan.

Jika satu atau lebih jawaban 1a, b, c, d, e, atau f ada yang dijawab "Tidak Setuju", mohon menuliskan penjelasan secara terpisah pada "Surat Pernyataan/Amendemen Untuk Surat Pengajuan Asuransi Jiwa (SPAJ)/Surat Pengajuan Asuransi Jiwa Tambahan (SPAJT)/Pengajuan Pelayanan Polis" serta mencantumkan nomor Polis dan nama Tertanggung yang kondisi kesehatannya bertentangan dengan pernyataan tersebut di atas.

2. Data klaim Pemegang Polis dalam 3 (tiga) tahun terakhir sebagaimana diuraikan di bawah ini adalah benar dan akurat:

Tahun	Jumlah Total Pegawai/Pemilik/Direksi/Komisaris/Pengurus/Anggota	Jumlah Pegawai/Pemilik/Direksi/Komisaris/Pengurus/Anggota yang meninggal karena kecelakaan	Jumlah Pegawai/Pemilik/Direksi/Komisaris/Pengurus/Anggota yang meninggal selain karena kecelakaan



## I. Ketentuan Khusus Formulir Pernyataan Kesehatan dan Hobi untuk Pemegang Polis Badan Usaha dengan Minimal 50 Tertanggung

1. Jumlah pengajuan perubahan Polis yang diajukan  $\geq$  50 Tertanggung.
2. Polis hanya memiliki Manfaat Asuransi Tambahan **PRU** Personal Accident Death/**PRU** Personal Accident Death Plus dan **PRU** Personal Accident Death & Disablement/**PRU** Personal Accident Death & Disablement Plus tanpa Manfaat Kondisi Kritis dan/atau Manfaat Rawat Inap.
3. Jawaban pada Formulir adalah sama dan kondisi kesehatan seluruh Tertanggung pada saat perubahan Polis diajukan memenuhi seluruh pernyataan kesehatan dan hobi pada Formulir ini.
4. Tertanggung dengan pengelompokan yang sama pada Badan Usaha yang bersangkutan, dengan kriteria:
  - Memiliki tingkat pekerjaan (golongan) yang sama pada saat perubahan diajukan.
  - Memiliki jenis dan besar Manfaat Asuransi yang sama.

## II. Pernyataan Pemegang Polis (Harap dibaca dengan teliti sebelum menandatangani Formulir Pernyataan Kesehatan dan Hobi untuk Pemegang Polis Badan Usaha dengan Minimal 50 Tertanggung)

SAYA yang bertanda tangan di bawah ini, dalam kedudukan sebagai Pihak Berwenang dari/ yang Ditunjuk oleh Pemegang Polis (selanjutnya disebut "SAYA") bertindak untuk dan atas nama Pemegang Polis menyatakan telah mengerti, memahami, dan menyetujui mengenai hal-hal yang tersebut di bawah ini:

1. SAYA sendiri yang menandatangani Formulir ini setelah Formulir ini terisi lengkap dan benar.
2. Semua keterangan yang SAYA berikan 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. Segala risiko yang timbul termasuk yang diakibatkan karena Formulir ini ditandatangani keadaan kosong/belum terisi lengkap menjadi tanggung jawab SAYA.
3. Penanggung dapat membatalkan persetujuan atas pengajuan ini apabila keterangan, pernyataan, atau pemberitahuan yang disampaikan ternyata keliru yang sifatnya sedemikian rupa sehingga pertanggung dan/atau perubahan Polis tidak akan diadakan atau tidak diadakan dengan syarat-syarat yang sama bila Penanggung mengetahui keadaan yang sesungguhnya dari hal itu.
4. Apabila ternyata Tertanggung melakukan pemeriksaan kesehatan atau mengajukan klaim sebelum perubahan Polis disetujui tanpa adanya pemberitahuan ke Penanggung, di mana hasil pemeriksaan atau data pada klaim tersebut dapat memengaruhi/mengubah keputusan seleksi risiko (*underwriting*), maka pengajuan ini akan ditinjau ulang oleh Penanggung dan penilaian ulang tersebut dapat menyebabkan pembatalan persetujuan pengajuan ini dan/atau pembatalan Polis.
5. Apabila ditemukan ketidakbenaran dan/atau ketidaklengkapan pengisian Formulir ini, maka
  - a) Apabila ketidakbenaran dan/atau ketidaklengkapan tersebut terjadi sebelum pertanggung Polis diadakan, maka akan merujuk pada Ketentuan Umum Polis mengenai Dasar Pertanggung.
  - b) Apabila ketidakbenaran dan/atau ketidaklengkapan tersebut terjadi setelah pertanggung Polis diadakan namun sebelum perubahan Polis terakhir disetujui dan Penanggung tidak pernah menyatakan secara tertulis bahwa Penanggung setuju untuk mengesampingkan ketidakbenaran dan/atau ketidaklengkapan tersebut apabila diketahui setelah tanggal berlaku perubahan Polis maka:
    - (i) Perubahan dan/atau Polis tidak akan diadakan; atau
    - (ii) Perubahan dan/atau Polis tidak akan diadakan dengan syarat/keputusan yang sama; atau
    - (iii) Dikenakan suatu persyaratan tertentu ketika Penanggung melakukan penilaian atas risiko.
  - c) Dalam hal terjadi keadaan sebagaimana dimaksud pada butir (b) di atas, maka:
    - (i) Perubahan Asuransi Dasar dan/atau Asuransi Tambahan Polis menjadi batal sejak perubahan tersebut disetujui dan dianggap tidak pernah berlaku sehingga tidak ada Manfaat Asuransi yang dapat dibayarkan. Dengan demikian pertanggung pada Polis akan kembali pada kondisi sebelum perubahan Polis disetujui dan berlaku sejak tanggal penagihan Biaya Asuransi dan Premi berikutnya.
    - (ii) Dalam hal perubahan Asuransi Dasar dan/atau Asuransi Tambahan batal sebagaimana dimaksud dalam butir c (i), Pemegang Polis bertanggung jawab atas kerugian dan biaya yang timbul dan Penanggung wajib mengembalikan selisih Biaya Asuransi yang telah dibebankan sebelum perubahan Polis disetujui. Pengembalian yang dimaksud akan dialokasikan dalam bentuk Unit yang penempatannya sesuai dengan alokasi Dana Investasi **PRU**Link pada Premi Berkala yang terakhir tercatat pada Penanggung.
  - d) Apabila hal sebagaimana dimaksud dalam butir (a) dan (b) baru diketahui setelah dilakukan pembayaran Manfaat Asuransi Dasar dan/atau Asuransi Tambahan, maka Pemegang Polis wajib untuk mengembalikan kepada Penanggung Manfaat Asuransi yang telah diterima, sesuai Ketentuan Umum Polis mengenai Dasar Pertanggung.
  - e) Pengembalian Manfaat Asuransi harus dikembalikan kepada Penanggung tanpa perlu memperhatikan apakah Tertanggung masih hidup atau telah meninggal dunia.
6. Dalam hal Pemegang Polis dan/atau Tertanggung memiliki Polis lain di Prudential Indonesia dan/atau Prudential Syariah ("Polis Prudential") dan data Pemegang Polis dan/atau Tertanggung berbeda dengan data terbaru pada Formulir ini (tidak termasuk data nama), maka SAYA setuju bahwa Penanggung dapat mengganti data Polis Prudential dengan data yang tertera pada Formulir ini.
7. Apabila pembayaran yang SAYA lakukan terdapat indikasi mencurigakan sebagaimana yang tercantum pada UU No. 8 Tahun 2010 tentang Pencegahan dan Pemberantasan Tindak Pidana Pencucian Uang beserta perubahan-perubahan dan peraturan pelaksanaannya, maka Penanggung dapat melakukan hal-hal yang diperlukan sebagaimana tercantum di dalam peraturan perundang-undangan tersebut.
8. Sesuai dengan Peraturan OJK No.12/POJK.01/2017 sebagaimana diubah terakhir oleh Peraturan OJK No.23/POJK.01/2019 tentang Program Anti Pencucian Uang dan Pencegahan Pendanaan Terorisme di Sektor Jasa Keuangan, dan perubahan selanjutnya (jika ada), serta peraturan pelaksanaannya, SAYA menyadari, mengerti dan memahami bahwa SAYA memiliki kewajiban untuk senantiasa melakukan pengkinian data pribadi SAYA kepada Penanggung dan menyerahkan salinan dokumen pendukung yang berlaku kepada Penanggung. Berdasarkan peraturan tersebut, SAYA juga setuju bahwa Penanggung dapat menolok hubungan usaha/transaksi, membatalkan transaksi dan/atau Pertanggung dengan SAYA apabila SAYA, (1) tidak melakukan pengkinian data tersebut; (2) diketahui dan/atau patut diduga menggunakan dokumen palsu; (3) menyampaikan informasi yang diragukan kebenarannya; (4) terdapat di dalam Daftar Terduga Teroris dan Organisasi Teroris; (5) terdapat di dalam Daftar Pendanaan Proliferasi Senjata Pemusnah Massal dan/atau; (6) memiliki sumber dana transaksi yang diketahui dan/atau patut diduga berasal dari hasil tindak pidana.
9. Bahwa sebagai bagian dari pelaksanaan program Anti Pencucian Uang dan Pencegahan Pendanaan Terorisme, Penanggung juga harus tunduk dan patuh kepada aturan Grup Prudential yang berlaku terkait dengan Penerapan Daftar Sanksi Tertentu. Adapun yang dimaksud dengan Sanksi Tertentu, adalah "tindakan pembatasan yang diberlakukan terhadap suatu rezim/tata pemerintahan yang berkuasa, negara, pemerintah, entitas, orang perorangan dan industri tertentu oleh lembaga internasional, atau pemerintah di Indonesia atau pemerintah di luar Indonesia, termasuk namun tidak terbatas pada, *the Office of Financial Sanctions Implementation HM Treasury, the United Nations, the European Union, the US Treasury Department's Office of Foreign Assets Control*".
10. Sehubungan dengan penerapan daftar Sanksi Tertentu, apabila (i) Penanggung mengetahui atau diberi tahu bahwa Pemegang Polis, Tertanggung, Pembayar Premi, Pemilik Manfaat/Pengendali Perusahaan, orang yang mewakili (*nominee*), penerima manfaat, orang perorangan atau entitas yang terkait dengan pengajuan ini beserta perubahannya di kemudian hari disebutkan atau tercantum di dalam daftar Sanksi Tertentu, atau (ii) jika Penanggung atau bank atau pihak ketiga terkait lainnya ditemukan melanggar kewajiban penerapan Sanksi Tertentu tersebut sebagai akibat dari pengambilan tindakan apa pun terhadap pengajuan ini, maka Penanggung dapat mengakhiri pertanggung dengan segera, setelah memberikan pemberitahuan selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari kalender kepada Pemegang Polis, dan/atau mengambil tindakan lain yang Penanggung anggap perlu, termasuk namun tidak terbatas pada memberitahukan kepada otoritas pemerintah terkait, menunda transaksi, membekukan uang yang dibayarkan kepada Penanggung, dan/atau mentransfer pembayaran atau uang tersebut kepada otoritas pemerintah terkait. Selain itu, Penanggung dapat mengklaim segala kerugian yang mungkin dialami oleh Penanggung kepada SAYA sebagai akibat dari pelaksanaan ketentuan ini, dan hak ini akan tetap berlaku walaupun Pertanggung ini telah berakhir.
11. Penanggung dari waktu ke waktu dapat menggunakan informasi pribadi (termasuk namun tidak terbatas pada nama, alamat surat menyurat, alamat e-mail, nomor telepon rumah, nomor telepon genggam, dan lainnya) yang SAYA berikan dalam Formulir ini, serta informasi terkait Polis SAYA termasuk memberikannya kepada



- pihak ketiga sepanjang dianggap perlu oleh Penanggung dalam rangka memberikan pelayanan atas Polis, atau untuk tujuan lain seperti informasi produk dan layanan terbaru sehubungan dengan pertanggung SAYA berdasarkan Polis, dengan tunduk pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.
12. Penanggung dapat menghubungi SAYA untuk menyampaikan informasi mengenai Polis, informasi terkait produk atau layanan Penanggung. Dalam hal informasi tersebut diberikan melalui *Short Message Service* (SMS) SAYA menyetujui bahwa SMS tersebut dapat terkirim baik pada atau di luar hari/jam kerja.
  13. SAYA dan/atau Tertanggung, dengan ini memberikan kuasa dan izin kepada:
    - (i) Penanggung untuk meminta catatan riwayat kesehatan Tertanggung atau informasi lain mengenai diri 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 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 Tertanggung untuk mengungkapkan atau memberikan kepada Penanggung semua catatan riwayat kesehatan, atau perawatan atau informasi lain mengenai diri Tertanggung.

Pemberian kuasa ini tidak dapat ditarik kembali atau dibatalkan dan tetap berlaku pada waktu 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.
  14. SAYA telah membaca seluruh persyaratan dan ketentuan dalam 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.

**Pengajuan hanya akan diproses apabila ditandatangani dengan menggunakan pulpen.**

Ditandatangani di: \_\_\_\_\_

Tanda Tangan Pihak Berwenang dari/yang  
Ditunjuk oleh Pemegang Polis\*

\* Tanda tangan sesuai spesimen tanda tangan yang terdapat pada Surat Pengajuan Asuransi Jiwa (SPAJ), atau Kartu Identitas Diri yang berlaku, atau Formulir Perubahan Tanda Tangan.

Tanda Tangan Tenaga Pemasar

Pernyataan Tenaga Pemasar: SAYA sebagai Tenaga Pemasar menyatakan bahwa SAYA mengetahui Pemegang Polis mengajukan dan menandatangani Formulir Pernyataan Kesehatan dan Hobi untuk Pemegang Polis Badan Usaha dengan Minimal 50 Tertanggung ini.

\_\_\_\_\_  
Nama Jelas

\_\_\_\_\_  
Nama Jelas