



PT Prudential Life Assurance
 Prudential Tower
 Jl. Jend. Sudirman Kav. 79, Jakarta 12910
 Customer Care: 1500085/ customer.idn@prudential.co.id
 www.prudential.co.id

PT Prudential Life Assurance terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

No. SPAJ/ Proposal No:
(diisi jika status SPAJ masih Proposal)/If the status of SPAJ is still Proposal.
 No. Polis/ Policy No:
(diisi jika status Polis enforced)/If the status of Policy is enforced.

**KUESIONER KELAINAN JANTUNG BAWAAN
 CONGENITAL HEART DISORDERS QUESTIONNAIRE**

**UNTUK DIISI OLEH DOKTER YANG MERAWAT (CALON) TERTANGGUNG/PESERTA DAN DITANDATANGANI OLEH (CALON) TERTANGGUNG/PESERTA ATAU ORANGTUA (CALON) TERTANGGUNG/PESERTA (APABILA (CALON) TERTANGGUNG/PESERTA BERUSIA DI BAWAH 21 TAHUN)
 TO BE COMPLETED BY THE DOCTOR OF (PROPOSED) INSURED/PARTICIPANT AND TO BE SIGNED BY (PROPOSED) INSURED/PARTICIPANT OR BY ITS PARENT
 (IF (PROPOSED) INSURED/PARTICIPANT IS UNDER 21 YEARS OLD)**

Nama (Calon) Tertanggung/Peserta:
Life To Be Assured Name

1. Jika diketahui, mohon menuliskan diagnosa/jenis kelainan dan derajat penyakit yang diderita./If known, please give diagnosis/type of ailment and degree of severity.

2. Kapan dan di Rumah Sakit mana diagnosis tersebut ditegakkan?/When was the diagnosis made, and at which hospital?

3. Mohon tuliskan pemeriksaan apa saja yang pernah dilakukan, kapan dan bagaimana hasilnya, misalnya: X-ray dada, ECG, Ekokardiografi, dll./Please provide the dates and results of any investigations made, e.g. chest x-ray, ECG, Echocardiography.

4. Mohon tuliskan tindakan operasi jantung apa yang pernah dilakukan (tanggal, di rumah sakit mana, dan tindakan yang akan dilaksanakan di masa datang)/Has cardiac surgery been performed or is there any intention to do so in the future? If so, please provide details, including date, nature of procedure and name of hospital.

Tanda tangan (Calon) Pemegang Polis sesuai kartu identitas diri yang dilampirkan
Signature of (Proposed) Policy Holder as per attached ID Card

Tanda tangan (Calon) Tertanggung/Peserta atau orang tuanya sesuai kartu identitas diri yang dilampirkan
Signature of (Proposed) Insured/Participant or its parent as per attached ID Card

Mohon lembar Kuesioner ini tidak ditandatangani dalam keadaan kosong dan pastikan semua informasi yang diminta telah diisi dengan benar sebelum ditandatangani./Please do not sign the form in blank and make sure all the required information have been filled appropriately prior to signing.



5. Mohon jelaskan secara detail keluhan saat ini, termasuk limitasi dalam kapasitas fungsional./Please give details of current symptoms, including any limitation of functional capacity.

6. Apakah (Calon) Tertanggung sudah dapat menjalankan aktivitas sehari-hari?/Can he/she perform daily activities?
 Ya/Yes Tidak/No

Jika YA, kapan?/If YES, when?

7. Terapi apa yang saat ini diberikan?/What is the current therapy given?

8. Apakah terdapat komplikasi dari kelainan bawaan tersebut, seperti aritmia, pembesaran jantung, hipertensi, dan lain-lain?/Are there any associated complications, e.g. arrhythmia, heart enlargement, hypertension?

Ya/Yes Tidak/No

Jika YA, mohon jelaskan./If YES, please provide details.

9. Apakah pengobatan dan kontrol dijalani dengan teratur?/Is your patient attending any regular out-patient/specialist follow-up?

Ya/Yes Tidak/No

Jika YA, mohon berikan tanggal kontrol terakhir dan tindakan serta pengobatan yang diberikan./If YES, please provide details, including dates and treatment given.

Tanda tangan (Calon) Pemegang Polis sesuai kartu identitas diri yang dilampirkan
 Signature of (Proposed) Policy Holder as per attached ID Card

Tanda tangan (Calon) Tertanggung/Peserta sesuai kartu identitas diri yang dilampirkan
 Signature of (Proposed) Insured/Participant as per attached ID Card

Mohon lembar Kuesioner ini tidak ditandatangani dalam keadaan kosong dan pastikan semua informasi yang diminta telah diisi dengan benar sebelum ditandatangani./Please do not sign the form in blank and make sure all the required information have been filled appropriately prior to signing.



10. Apakah terdapat kelainan pada pemeriksaan fisik saat ini?/Are there any abnormalities found in current physical examination?

Dengan ini saya telah memberikan jawaban dan keterangan dalam Kuesioner Kelainan Jantung Bawaan ini dengan sejelas-jelasnya dan sebenar-benarnya. Saya tidak menyembunyikan informasi apa pun yang dapat memengaruhi penerimaan Surat Pengajuan Asuransi Jiwa (SPAJ) saya. Saya menyetujui Kuesioner ini akan menjadi bagian dari SPAJ saya pada PT Prudential Life Assurance dan bahwa penyembunyian informasi material apa pun dapat mengakibatkan batalnya kontrak asuransi jiwa sebagaimana diatur dalam SPAJ dimaksud.

I declare that the answers I have given in this Congenital Heart Disorder Questionnaire, to the best of my knowledge, are true and that I have not withheld any material information that may influence the assessment or acceptance of my Life Insurance Policy Application Form. I agree that this Questionnaire will constitute part of my Application Form with PT Prudential Life Assurance and that failure to disclose any material fact known to me may invalidate the contract as stipulated in the respective Application Form.

Dinyatakan ditanggal bulan 20
Signed at on month of

..... Nama, Stempel & Tanda tangan Dokter <i>Doctor's Name, Stamp and Signature</i>	Disaksikan oleh: <i>Witnessed by</i> Nama & Tanda Tangan (Calon) Tertanggung/ Peserta atau Orang Tua (Calon) Tertanggung/ Peserta apabila (Calon) Tertanggung/Peserta berusia di bawah 21 tahun <i>Name & Signature of (Proposed) Insured/Participant or by its parent if (Proposed) Insured/Participant is under 21 years old</i>
---	---	--

PERHATIAN: Mohon tanda tangan sesuai kartu identitas diri yang dilampirkan
ATTENTION: Please note that the signature must be the same with the one shown in the ID card

<p>Tanda tangan (Calon) Pemegang Polis sesuai kartu identitas diri yang dilampirkan <i>Signature of (Proposed) Policy Holder as per attached ID Card</i></p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>	<p>Tanda tangan (Calon) Tertanggung/Peserta sesuai kartu identitas diri yang dilampirkan <i>Signature of (Proposed) Insured/Participant as per attached ID Card</i></p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>
--	---

Mohon lembar Kuesioner ini tidak ditandatangani dalam keadaan kosong dan pastikan semua informasi yang diminta telah diisi dengan benar sebelum ditandatangani./Please do not sign the form in blank and make sure all the required information have been filled appropriately prior to signing.

