



**KUESIONER TUMOR, KISTA, BENJOLAN, PERTUMBUHAN LAINNYA DAN KELAINAN KANDUNGAN  
 TUMORS, CYSTS, LUMPS, GROWTHS AND GYNAECOLOGICAL PROBLEMS QUESTIONNAIRE**

**UNTUK DIISI OLEH (CALON) TERTANGGUNG/PESERTA ATAU ORANGTUA (CALON) TERTANGGUNG/PESERTA  
 (APABILA (CALON) TERTANGGUNG/PESERTA BERUSIA DI BAWAH 21 TAHUN)  
 TO BE COMPLETED 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. Menurut Anda, jenis kelainan yang (pernah) Anda derita adalah (pilih salah satu)./In your opinion, what is (was) the disorders you suffer from (please tick one).
- Tumor                       Benjolan/lump  
 Kista/cyst                       Lainnya, mohon jelaskan:/others, please describe:.....

2. Kapan pertama kali diketahui adanya kelainan tersebut?/When was the disorder first discovered?

3. Pada bagian tubuh mana terdapat kelainan tersebut?/In which part of the body was it situated?

4. Bila diketahui, mohon tuliskan diagnosa pasti dari kelainan tersebut. / Please state the precise diagnosis if known.

5. Pemeriksaan-pemeriksaan apa saja yang telah dilakukan, termasuk tanggal dan hasil pemeriksaan tersebut./Details of investigations which have been carried out, including date(s) and result(s).

**(Mohon dilampirkan hasil interpretasinya/Please attach summary)**

6. Apakah kelainan tersebut telah diangkat/dioperasi?/Has the growth been removed?

Ya/Yes     Tidak/No

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.**



7. Jika belum dioperasi, pengobatan atau tindakan/operasi apa saja yang pernah dianjurkan? / *If not yet operated, please give details of any proposed treatment or surgery.*

--

8. Jika jawaban sudah dioperasi, jelaskan:/*If operated, please give details:*

Tanggal operasi <i>Dates of removal</i>	
Lama di rumah sakit <i>Period of admittance</i>	
Nama Rumah sakit <i>Name of hospital</i>	
Nama Dokter yang merawat <i>Name of treating doctor</i>	
Dokter tersebut adalah spesialis apa <i>This doctor is a specialist in</i>	
Jenis operasi <i>Type of operation</i>	
Metode pembiusan (bius lokal, bedah beku, bius umum, dan sebagainya) <i>Method of anaesthetic (eg local anaesthetic, cryosurgery, general anaesthetic, etc)</i>	
Hasil perawatan <i>Result of treatment</i>	

***Lampirkan hasil Patologi Anatomi dari operasi tersebut / Please attach histology reports***

Menurut yang dikatakan Dokter Anda, hasil Patologi Anatomi tersebut:/*According to your Doctor, the histology report stated:*

- Jinak/Benign
- Ganas/Malignant
- Lainnya/Others: .....

<p><b>Tanda tangan (Calon) Pemegang Polis sesuai kartu identitas diri yang dilampirkan</b>  <i>Signature of (Proposed) Policy Holder as per attached ID Card</i></p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 50px; margin-top: 10px;"></div>	<p><b>Tanda tangan (Calon) Tertanggung/Peserta atau orang tuanya sesuai kartu identitas diri yang dilampirkan</b>  <i>Signature of (Proposed) Insured/Participant or its parent as per attached ID Card</i></p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 50px; margin-top: 10px;"></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.**



Pengobatan/tindakan apa yang dilakukan setelah dilakukan operasi?*What treatment have you had following removal?*

	<i>Ya/Tidak/ Yes/No</i>	<i>Jika YA, tuliskan nama &amp; dosis obat atau jumlah radio/ chemotherap/ If YES, please give name &amp; dosage of medicine or numbers of radio/chemotherapy</i>
<i>Obat oral medicines</i>		
<i>Radiotherapy</i>		
<i>Chemotherapy</i>		
<i>Lainnya Others</i>		

9. Apabila operasi yang dilakukan adalah pengangkatan rahim (histerektomi), apakah rahim diangkat seluruhnya, atau hanya sebagian?*If the operation is hysterectomy, please state whether it is a total or partial hysterectomy.*

--

10. Jika di daerah payudara, hasil USG atau Mammografi Anda yang terakhir.*For breast conditions, your last USG or Mammography.*

<i>Tanggal /Date</i>	
<i>Hasil Result</i>	

**(Mohon dilampirkan hasil interpretasinya/Please attach summary)**

11. Mohon beri tanda di kolom yang sesuai.*Please tick in appropriate column.*

Jika pernah diberitahukan kepada Anda, prognosa (perkiraan) atas kelainan tersebut adalah:*If you have been informed, the prognosis/outlook of the disorder is:*

Baik/Good       Kurang Baik/Unfavourable

12. Apakah Anda masih dalam perawatan lanjutan?*Are you still being followed-up?*

Ya/Yes     Tidak/No

Jika YA, jelaskan berapa kali dalam satu tahun.*If YES, please state how often.*

--

Jika TIDAK, sejak kapan Anda tidak lagi dalam perawatan lanjutan?*If NO, when were you discharged from follow-up?.*

--

**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.**



13. Apakah Anda pernah tidak dapat bekerja karena kondisi tersebut? / *Have you lost significant time off work with this condition?*

Ya/Yes  Tidak/No

Jika YA, jelaskan tanggal dan lamanya:/If YES, please please provide details including dates and duration of time off work:

14. Mohon jelaskan lebih lanjut bila ada informasi tambahan lainnya sehubungan dengan kondisi Anda yang menurut Anda dapat membantu proses pengajuan asuransi jiwa Anda./Please provide any additional information on your condition which you feel will be helpful in processing your application.

Dengan ini saya telah memberikan jawaban dan keterangan dalam Kuesioner Tumor, Kista, Benjolan, Pertumbuhan lainnya dan Kelainan Kandungan 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 Tumors, Cysts, Lumps, Growths and Gynaecological 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 di ..... tanggal ..... bulan ..... 20 .....  
 Signed at ..... on ..... month of .....

..... Nama & Tanda Tangan (Calon) Tertanggung/ Peserta atau Orang Tua (Calon) Tertanggung/ Peserta apabila (Calon) Tertanggung/Peserta berusia di bawah 21 tahun <i>Name &amp; Signature of (Proposed) Insured/Participant          or by its parent if (Proposed) Insured/Participant          is under 21 years old</i>	..... Disaksikan oleh: Nama & Tanda Tangan Tenaga Pemasaran <i>Witnessed by Name &amp; Signature of Sales Representative          (Sales Representative's No: )</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**

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.

