



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 inforced)/If the status of Policy is In Force.

Formulir  
**UW – 25**

**KUESIONER EPILEPSI**  
**EPILEPSY QUESTIONNAIRE**

**UNTUK DIISI OLEH (CALON) TERTANGGUNG/PESERTA ATAU ORANG TUA (CALON) TERTANGGUNG/PESERTA (APABILA (CALON) TERTANGGUNG/PESERTA BERUSIA DI BAWAH 21 TAHUN))**  
**TO BE COMPLETED BY (PROPOSED) LIFE ASSURED/PARTICIPANT OR BY PARENT (IF (PROPOSED) LIFE ASSURED/PARTICIPANT IS UNDER 21 YEARS OLD))**

Isilah dengan menggunakan TINTA WARNA HITAM, HURUF CETAK dan TULISAN TIDAK KELUAR DARI KOTAK, jelas dan memberi tanda ✓ pada kotak jawaban yang sesuai. Kuesioner yang tidak diisi dengan lengkap tidak dapat diproses./Fill by using BLACK INK, CAPITAL LETTERS and WITHIN THE BOX PROVIDED, write clearly and check (✓) the appropriate box. Incomplete questionnaire will not be processed.

Nama (Calon) Pemegang Polis:

Name of (Proposed) Policy Holder:

(selanjutnya disebut SAYA)/(Henceforth to be referred to as "I")

Nama (Calon) Tertanggung/Peserta:

Name of (Proposed) Life Assured/Participant:

1. Lengkapi pertanyaan berikut ini./Please complete the following questions:

a. Kapan Anda pertama kali didiagnosa epilepsi?

When were you epilepsy first diagnosed?

b. Jenis epilepsi yang Anda derita sesuai dengan diagnosa Dokter: (\* = silahkan melihat penjelasan istilah-istilah tersebut di akhir kuesioner ini)/Types of epilepsy you suffered according to doctor diagnose: (\* = please see the explanation of those terms at the end of this questionnaire)

Grand mal\*       Petit mal\*  
 Temporal lobe\*       Tonic-clonic\*  
 Absence seizures\*       Lainnya:/Others:

c. Nama Dokter, Rumah Sakit atau Klinik beserta alamat:

The doctor's/hospital/clinic's name and address:

d. Berapa banyak serangan epilepsi yang Anda alami per tahun?/How many attacks do you have per year?

e. Kapan Anda mengalami epilepsi?  Siang/malam hari/During day or at night

When do you have this epilepsy?  Setelah kecemasan mental yang berkepanjangan/After prolonged mental anxiety

Setelah kegembiraan/After excitement  
 Setelah minum alkohol/After taking alcohol  
 Faktor-faktor pencetus lainnya./Any other precipitating factors:

f. Berapa lama serangan epilepsi berlangsung?

How long is the duration in each attack?

g. Jika sedang mengalami serangan epilepsi, kondisi yang Anda alami adalah:  Pusing/Dizziness

If was having epileptic seizures, a condition that you experienced was:  Pingsan/Fainting

Kehilangan kesadaran/Loss of consciousness  
 Lainnya, sebutkan:

Others, please state:

- Mohon jelaskan:

Please provide details:

h. Apakah Anda pernah melukai diri sendiri akibat dari epilepsi yang diderita?/Have you ever injured yourself as a result of epilepsy?  Ya/Yes

Tidak/No

- Mohon jelaskan:

Please provide details:



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.

i. Apakah kondisi ini memengaruhi setiap aspek dari pekerjaan Anda?*Does this condition influence any aspect of your occupation?*

Ya/Yes

- Mohon jelaskan:  
Please provide details:

Tidak/No

j. Apakah Anda pernah tidak dapat bekerja karena kondisi ini?  
*Have you ever been unable to work due to this condition?*

Ya/Yes

- Mohon jelaskan:  
Please provide details:

Tidak/No

k. Apakah Anda dilarang untuk memiliki Surat Izin Mengemudi atau aktivitas Anda dibatasi karena epilepsi?  
*Are prevented from holding a driving license or are your activities restricted in any other way due to epilepsy?*

Ya/Yes

- Mohon jelaskan:  
Please provide details:

Tidak/No

l. Berapa lama setelah epilepsi Anda dapat melanjutkan aktivitas normal Anda?  
*How long after the epilepsy can you continue with your normal activities?*

m. Apakah Anda pernah dirawat inap karena epilepsi?  
*Have you ever required hospitalization as a result of an epileptic attack?*

Ya/Yes

- Kapan:/When:

- Mohon jelaskan:  
Please provide details:

Tidak/No

n. Kapan serangan epilepsi Anda yang terakhir?  
*When were you last attack?*

2. Pengobatan yang dilakukan:*Treatment taken of this condition:*

a. Saat ini:  
*Currently:*

- Nama obat yang diberikan:  
*Name of medication:*

- Dosis:/Dosage:

b. Tanggal konsultasi terakhir:*Date of last consult:*

- - - - -

c. Siapa yang bertanggung jawab?  
*Who is in charge of your follow-up?*

d. Berapa sering Anda melakukan kontrol?  
*How often do you attend for follow-up?*

3. Jenis pemeriksaan yang pernah dijalani:*Examination done to date:*

| Jenis Pemeriksaan<br><i>Type of examination</i>        | Ya<br>Yes | Tidak<br>No | Tanggal<br>Date | Hasil<br>Result | Hasil Terlampir<br><i>Attached Result</i> |          |
|--|-----------|-------------|-----------------|-----------------|---|----------|
|  |           |             |                 |                 | Ya/Yes                                    | Tidak/No |
| a. <i>Electroencephalograph (EEG)</i>                  |           |             |                 |                 |   |          |
| b. <i>CT Scan</i>                                      |           |             |                 |                 |   |          |
| c. <i>MRI Scan</i>                                     |           |             |                 |                 |   |          |
| d. <i>Lainnya, sebutkan:<br/>Others, please state:</i> |           |             |                 |                 |   |          |
| - .....  |           |             |                 |                 |   |          |
| - .....  |           |             |                 |                 |   |          |
| - .....  |           |             |                 |                 |   |          |

4. Mohon sebutkan bila ada informasi lain yang mungkin dapat membantu proses pengajuan Asuransi ini:  
*Please provide any additional information that you feel will be helpful in processing your application:*



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 informed)/If the status of Policy is informed.

Dengan ini SAYA telah memberikan jawaban dan keterangan dalam Kuesioner ini dengan se jelas-jelasnya dan sebenar-benarnya. SAYA tidak menyembunyikan informasi apapun yang dapat memengaruhi penerimaan Surat Pengajuan Asuransi Jiwa (SPAJ) dan/atau Surat Pengajuan Asuransi Jiwa Tambahan (SPAJT) SAYA. SAYA menyetujui Kuesioner ini akan menjadi satu kesatuan bagian yang tidak terpisahkan dari SPAJ dan/atau SPAJT SAYA pada PT Prudential Life Assurance dan bahwa penyembunyian informasi apapun dapat mengakibatkan tidak disetujuinya pengajuan SPAJ dan/atau SPAJT SAYA oleh PT Prudential Life Assurance atau batalnya pertanggungannya sesuai dengan syarat dan ketentuan Polis.

*I hereby declare that my answers and statements in this Questionnaire are true and that I have not withheld any information that may affect the acceptance of my Life Insurance Policy Application Form (SPAJ) and/or Additional Life Insurance Policy Application Form (SPAJT). I agree that this Questionnaire will constitute as an integral and inseparable part of my SPAJ and/or SPAJT with PT Prudential Life Assurance and that any non-disclosure of fact may cause my SPAJ and/or SPAJT to not be approved by PT Prudential Life Assurance or the cancellation of my coverage in accordance with the Policy terms and conditions.*

**Mohon ditandatangani sesuai kartu identitas diri yang dilampirkan/Please sign consistently to the attached identity card.**

Dinyatakan di: \_\_\_\_\_  
Signed in

Tanggal:  -  -  (tg/bln/thn)  
on (dd/mm/yyyy)

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\*, jika berbeda dengan (Calon) Pemegang Polis, sesuai dengan kartu identitas diri yang dilampirkan/Signature of (Proposed) Life Assured/Participant\*, if different from (Proposed) Policy Holder, as per attached ID Card

\*) Jika berusia di bawah 21 tahun, mohon Orang Tua (Calon) Tertanggung/Peserta dapat menandatangani dan melampirkan kartu identitas diri./If aged below 21 years old, parent of (Proposed) Life Assured/Participant needs to sign and attach ID Card.

Tanda Tangan Tenaga Pemasar  
Signature of Sales Representative

Kode Tenaga Pemasar:

Code of Sales Representative:

**Catatan: Segala risiko yang timbul akibat ditandatanganinya kuesioner ini dalam keadaan kosong menjadi tanggung jawab (Calon) Pemegang Polis dan apabila terdapat hal yang ingin ditanyakan, dapat menghubungi Tenaga Pemasar atau Customer Relation Officer kami setiap hari kerja dari pukul 07.00 WIB hingga pukul 19.00 WIB di nomor telepon 1500085.**

*Note: All risks that arise by signing this questionnaire in blank will be the (Proposed) Policy Holder's responsibility and if there is any question, please contact our Sales Representative or Customer Relations Officer every weekday from 07.00 am until 19.00 pm at 1500085 (phone number).*

### Penjelasan Umum Mengenai Beberapa Istilah Penyakit Yang Terdapat Pada Kuesioner Epilepsi:

#### General explanation of some terms diseases that are found on the questionnaire epilepsy:

(Penjelasan ini bersifat umum dan semata-mata dibuat untuk membantu Tenaga Pemasar menjelaskan beberapa istilah yang terdapat di Kuesioner ini. Penjelasan ini bukan definisi penyakit dan untuk penjelasan lebih lanjut, mintalah pendapat dari Tenaga Medis yang profesional)/This explanation general created to assist workers and simply Sales Representative explain some the term that was found in this questionnaire. This explanation is not the definition of disease for further clarification, ask the opinion of Professional Medical.

1. Kejang Tonik Klonik = kejang yang terdiri dari dua fase, fase tonik, dimana terjadi kekakuan di seluruh tubuh, kemudian diikuti dengan fase klonik dimana terjadi hentakan-hentakan yang tak terkendali.  
*Tonic-clonic = the seizures consisted of two phases, a phase of a tonic which occurs throughout the body stiffness, then followed by the clonic phase in which case the beat-beat of the uncontrollable.*
2. *Grand mal* = jenis epilepsi yang ditandai dengan kejang yang awalnya berbentuk tonik kemudian menjadi bentuk klonik dan juga disertai dengan hilangnya kesadaran.  
*Grand mal = types of epilepsy characterized by convulsions originally shaped tonic then into shape clonic spasm and also accompanied by loss of consciousness.*
3. *Petit mal* = jenis epilepsi yang ditandai dengan kejang ringan dan penurunan kesadaran, biasanya dengan tatapan mata yang kosong, tanpa adanya kehilangan kesadaran.  
*Petit mal = types of epilepsy characterized by convulsions and loss of consciousness, usually with an empty gaze, without any loss of consciousness.*
4. *Temporal Lobe Epilepsy* = jenis epilepsi yang diawali dari bagian otak yang disebut *lobus temporalis* yang biasanya disertai dengan berbagai perasaan, emosi, pikiran atau pengalaman.  
*Temporal Lobe Epilepsy = types of epilepsy that begins from the part of brain called lobus temporalis which is usually accompanied by a variety of feelings, emotions or experiences.*
5. *Absence seizures* = jenis epilepsi dimana biasanya terdapat gejala berupa tatapan yang kosong sesaat, atau penurunan kesadaran selama beberapa detik.  
*Absence seizures = types of epilepsy where there are usually symptoms of a momentary blank stare, or loss of consciousness for a few seconds.*

