



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 – 29

KUESIONER GANGGUAN SALURAN CERNA
DIGESTIVE DISORDERS 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:

Nama (Calon) Tertanggung/Peserta:
 Name of (Proposed) Life Assured/Participant

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

a. Diagnosa Dokter:
 Doctor's diagnose:

Maag/Gastritis
 Infeksi usus/Colon and intestinal infection
 Lainnya, sebutkan:/Others, please state:

b. Apa penyebab penyakit ini timbul dan gejala yang dirasakan?
 What causes this disease and symptoms arise?

c. Nama Dokter, Rumah Sakit atau Klinik beserta alamat:
 The doctor's/hospital's/clinic's name and address:

d. Pengobatan yang diberikan:
 Treatment given:

I. Saat ini:/Currently:

Tablet:
 Dosis:/Dosage:
 Lainnya, sebutkan:
 Others, please state:

II. Dahulu:/In the past:

Tablet:
 Dosis:/Dosage:
 Lainnya, sebutkan:
 Others, please state:

e. Apakah Anda pernah dirawat di rumah sakit sehubungan dengan gangguan ini?
 Have you ever been admitted to hospital with this condition?

Ya/Yes

- Sejak kapan?/Since when:
 - Nama Dokter/Rumah Sakit/ beserta alamat:/The doctor's/ hospital's name and address:
 - Lainnya, jelaskan:
 Others, provide details:

Tidak/No

f. Apakah Anda dioperasi atau disarankan untuk dioperasi untuk gangguan ini?/Have you had an operation for this condition or is an operation being considered?

Ya/Yes

Sejak kapan?/Since when:

- Nama Dokter/Rumah Sakit/ beserta alamat:/The doctor's/ hospital's name and address:
 - Lainnya, jelaskan:
 Others, provide details:

Tidak/No



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.

g. Dalam 2 (dua) tahun terakhir ini, apakah Anda pernah tidak masuk kerja karena gangguan ini?
Have you lost any time off work in the last two years because of this condition?

Ya/Yes
- Kapan?/When?
- Jelaskan:
Provide details:

Tidak/No

2. Pernahkah Anda menjalani pemeriksaan sebagai berikut./Have you ever checked up the following:

Jenis Pemeriksaan <i>Type of examination</i>	Ya <i>Yes</i>	Tidak <i>No</i>	Tanggal <i>Date</i>	Hasil <i>Result</i>	Hasil Terlampir/ <i>Attached Result</i>	
					Ya/Yes	Tidak/No
a. Endoskopi <i>Endoscopy</i>						
b. USG Abdomen <i>Abdominal USG</i>						
c. Barium Meal						
d. Lainnya, sebutkan: <i>Others, please state:</i>						
-						
-						

3. 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

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah memberikan jawaban dan keterangan dalam Kuesioner ini dengan sejuelas-jelasnya dan sebenarnya. 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 pertanggungan 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: - - (tgl/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).

