

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 In Force.

3. Pernahkah Anda mengalami: / Have you ever had the following:

	Gangguan Disorders	Ya Yes	Tidak No	Tanggal Date	Nama Dokter & Alamat Doctor's name & address	Obat yang diberikan Treatment given
a.	Penglihatan Eyes					
b.	Tekanan darah tinggi High blood pressure					
c.	Peredaran darah atau jantung Blood circulatory or heart					
d.	Albumin atau protein dalam urin Albumine/protein in the urine					
e.	Kesemutan pada kaki atau tungkai Numbness in feet or legs					
f.	Ginjal Kidney					
g.	Luka membusuk yang tak kunjung sembuh Gangrene					
h.	Lainnya, sebutkan: / Others, please state: - - -					

4. Apakah Anda pernah dirawat inap sehubungan kencing manis atau kondisi lain yang berhubungan dengan kencing manis? / Have you ever been hospitalized for a diabetic or any condition related to diabetes mellitus?

Ya/Yes

- Sejak kapan: / Since when:

□□□□□□□□□□□□□□

- Nama Dokter/Rumah Sakit/ beserta alamat: / The doctor's/ hospital's name and address:

□□□□□□□□□□□□□□
□□□□□□□□□□□□□□
□□□□□□□□□□□□□□

Tidak/No

5. Mohon sebutkan bila ada informasi lain yang mungkin dapat membantu proses pengajuan Asuransi ini:

Please provide any additional information that you feel will be useful 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: □□ - □□ - □□□□ (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.

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 In Force.

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).