



Formulir
UW - 27

KUESIONER GANGGUAN PERNAPASAN
RESPIRATORY 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:
(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. Mohon tunjukkan diagnosa yang tepat untuk gangguan pernafasan Anda (jika diketahui):
Please indicate the precise diagnosis of your respiratory problem (if known):

- Asthma
 Chronic bronchitis
 Chronic obstructive airways disease
 Emphysema
 Pulmonary tuberculosis
 Bronchiectasis
 Obstructive sleep apnoea
 Lainnya, sebutkan:/Others, please state:

- b. Nama Dokter/Rumah Sakit/Klinik beserta alamat:
Name of doctors, hospital/clinic and address:

- c. Berapa hari Anda berkonsultasi ke Dokter tersebut?
Number of consultations:

- d. Tanggal terakhir konsultasi:/Date of last consultation:

- - (tg/bln/thn)/(dd/mm/yyyy)

- e. Kapan pertama kali Anda menderita gejala tersebut?
When did you first experienced the symptoms?

- f. Jelaskan keluhan yang dirasakan dan bagaimana keluhan tersebut memengaruhi Anda?
Please describe your symptoms and how they affect you?

- g. Berapa banyak serangan dalam 2 (dua) tahun terakhir?
How many episodes have you had in the last two years?

- h. Kapan keluhan Anda yang terakhir?
When did you experience the last symptom?

- i. Apakah Anda mengetahui adanya faktor tertentu yang memicu keluhan, seperti olahraga, stress atau alergi?
Are you aware of any specific factor(s) which trigger your symptoms, such as exercise, stress or allergy?

Ya/Yes

- Mohon jelaskan:
Please provide details:

Tidak/No

Ya/Yes

- Mohon jelaskan:
Please provide details:

Tidak/No

Ya/Yes

- Mohon jelaskan, diantaranya tanggal & lamanya tidak masuk kerja./Please provide details, including dates & duration of time off work:

Tidak/No

- k. Apakah Anda tidak bekerja lebih dari 1 (satu) minggu dengan kondisi tersebut dalam 2 (dua) tahun terakhir?
Have you ever had time off work for more than one week with this condition in the last two years?

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

I. Pernahkah Anda dirawat di Rumah Sakit untuk kondisi ini?
Have you ever been admitted to the hospital for this condition?

Ya/Yes

- Tanggal perawatan:
Date of admittance: - - (tg/bln/thn)
(dd/mm/yyyy)
- Lama di Rumah Sakit:
Period of admittance:
- Nama Rumah Sakit:
Name of hospital:

--
- Nama Dokter yang merawat:
Name of treating doctor:

--
- Tindakan medis yang diberikan:
Type of treatment given:

--
- Hasil perawatan:
Result of treatment:

--

Tidak/No

2. Pengobatan yang diberikan./Treatment given:

Jenis pengobatan <i>Type of treatment</i>	Ya <i>Yes</i>	Tidak <i>No</i>	Nama obat & dosis <i>Name of medication & dosage</i>	Tanggal pengobatan/ <i>Date of treatment</i>	
				Dimulai/ <i>Commenced</i>	Dihentikan/ <i>Ceased</i>
a. Suntikan <i>Injection</i>					
b. Obat Inhaler <i>Inhaler</i>					
c. Obat minum <i>Oral medication</i>					
d. Lainnya, sebutkan: <i>Others, please state:</i> - - -					
e. Operasi <i>Operation</i>			Sebutkan jenis operasi & tanggal dilakukan operasi/ <i>Please state name of surgery & date performed</i>		

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

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. Tes fungsi paru/Spirometri <i>Pulmonary function test/ Spirometry</i>						
b. Foto dada <i>X-ray of thorax</i>						
c. Elektrokardiografi (EKG) <i>Electrocardiography (ECG)</i>						
d. Lainnya, sebutkan: <i>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 useful 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 In Force)/If the status of Policy is In Force.

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah memberikan jawaban dan keterangan dalam Kuesioner ini dengan se jelas-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.

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).