



PT Prudential Life Assurance
Prudential Tower
Jl. Jend. Sudirman Kav. 79, Jakarta 12910
Customer Care: 1500085/ customer.ln@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 enforced)/If the status of Policy is In Force.

Formulir UW - 36	KUESIONER UNTUK POLIO POLIO 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 oleh Dokter menderita Poliomyelitis? /When were you first diagnosed with Poliomyelitis by a doctor?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

b. Nama Dokter, Rumah Sakit atau Klinik beserta alamat: /State the Doctor's/Hospital's/Clinic's name and address:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

c. Apakah terdapat Paralisis (kelumpuhan) otot di bagian tubuh Anda? /Is there any paralysis in any part of your body? Ya/Yes

- Nama bagian tubuh: /Name of body part:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- Kondisi saat ini: /Current condition: Pulih/Fully recovered Pulih sebagian/Partially recovered

Gejala sisa berupa: /Remaining symptoms:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Masih ada, permanen/Permanent

d. Apakah Anda mengalami keterbatasan gerak akibat Poliomyelitis yang (pernah) Anda derita? /Do you suffer limitation of mobility caused by Poliomyelitis? Tidak/No

Ya/Yes - Mohon jelaskan: /Please provide details:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

e. Apakah Anda menggunakan alat bantu akibat Poliomyelitis? /Do you use any type of mobility aid due to Poliomyelitis? Tidak/No

Ya/Yes - Tongkat /Walking stick: Selalu/Always Tidak perlu/No need Kadang-kadang jika sedang: /Occasionally when:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- Kursi roda /Wheel chair: Selalu/Always Tidak perlu/No need Kadang-kadang jika sedang: /Occasionally when:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- Lainnya: /Others: Selalu/Always Tidak perlu/No need Kadang-kadang jika sedang: /Occasionally when:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

f. Tanggal konsultasi terakhir: /Date of last consultation:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Apakah Anda pernah mengalami: /Have you ever had the following:

	Gangguan Disorders	Ya Yes	Tidak No	Tanggal Date	Nama Dokter/Rumah Sakit & Alamat The Doctor's/Hospital's name & address	Obat yang diberikan Treatment given
a.	Gangguan pernafasan Respiratory difficulty					

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.

b.	Jantung berdebar <i>Palpitation</i>					
c.	Tekanan darah tinggi <i>High blood pressure</i>					
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 useful in processing your application

--

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 menyembunyikan 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 is not 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, parent of the (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).