

Form
 UW-71

Formulir Deklarasi Covid-19 (Corona Virus)

Isilah dengan menggunakan TINTA WARNA HITAM, HURUF CETAK, JELAS dan TULISAN TIDAK KELUAR DARI KOTAK.

 Wajib diisi jika mengambil manfaat asuransi tambahan **PRUPrime Healthcare**, **PRUPrime Healthcare Plus** (tidak termasuk Plan Cermat) dan **PRUSolusi Sehat**, baik konvensional maupun syariah.

 Nomor SPAJ/Nomor Polis
 (diisi jika status SPAJ masih Proposal)

Nama (Calon) Pemegang Polis:

 Nama (Calon) Tertanggung/
 Peserta (Yang Diasuransikan):
 (selanjutnya disebut "SAYA")

Untuk hal-hal yang dinyatakan di bawah ini:

SAYA menyatakan bahwa dalam 14 hari terakhir sebelum tanggal penandatanganan SPAJ ini, SAYA tidak mengalami gejala apapun terkait Covid-19, tidak dinyatakan positif Covid-19 dan tidak melakukan kontak dengan siapapun yang dinyatakan positif Covid-19.

Ya

Tidak

Dinyatakan di:

Tanggal (Tgl/Bln/Thn)

Nama & Tanda Tangan (Calon) Pemegang Polis

 Nama & Tanda Tangan (Calon)
 Tertanggung/Peserta Yang Diasuransikan

Tanda Tangan Tenaga Pemasar/FSC

Kode Tenaga Pemasar

Selamat! Apabila SPAJ/Pengajuan Perubahan Polis ini disetujui dan selama mempunyai manfaat Asuransi Tambahan PRUPrime Healthcare, PRUPrime Healthcare Plus (tidak termasuk Plan Cermat) dan PRUSolusi Sehat, baik konvensional maupun syariah, Anda mendapatkan fasilitas klaim Tanpa Masa Tunggu 30 hari sejak Polis diterbitkan untuk diagnosa COVID-19 .
