



KUESIONER MENGENAI KEADAAN PSIKOLOGIS PSYCHOLOGICAL CONDITIONS QUESTIONNAIRE

UNTUK DIISI OLEH (CALON) TERTANGGUNG/PESERTA ATAU ORANGTUA (CALON) TERTANGGUNG/PESERTA
(APABILA (CALON) TERTANGGUNG/PESERTA BERUSIA DI BAWAH 21 TAHUN)
TO BE COMPLETED BY (PROPOSED) INSURED/PARTICIPANT OR BY ITS PARENT
(IF (PROPOSED) INSURED/PARTICIPANT IS UNDER 21 YEARS OLD)

Nama (Calon) Tertanggung/Peserta:
Life To Be Assured Name

1. Jika Anda telah diberikan diagnosa pasti mengenai kondisi psikologis Anda, mohon jelaskan secara detail./If you have been given a precise diagnosis for your condition, please provide details.

2. Kapan Anda pertama kali mengalami kondisi ini? (tanggal, bulan & tahun):/When did you first experience this condition? (date, month & year):

3. Mohon jelaskan keluhan yang Anda alami:/Please describe the symptoms you experienced:

4. Seberapa sering keluhan yang Anda alami sejak episode awal?/How often have you experienced symptoms since the initial onset?

Kali/times

5. Apakah Anda mengetahui faktor-faktor yang dapat mencetuskan keluhan tersebut?/Are you aware of any specific provoking factors which triggered your symptoms?

Ya/Yes Tidak/No

Jika YA, mohon jelaskan./If YES, please describe.

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 atau orang tuanya
sesuai kartu identitas diri yang dilampirkan
Signature of (Proposed) Insured/Participant or its parent as per attached ID Card

Mohon lembar Kuesioner ini tidak ditandatangani dalam keadaan kosong dan pastikan semua informasi yang diminta telah diisi dengan benar sebelum ditandatangani./Please do not sign the form in blank and make sure all the required information have been filled appropriately prior to signing.



6. Apakah Anda pernah berkonsultasi dengan dokter untuk keluhan ini?/Have you ever seen a doctor for this symptom?

Ya/Yes Tidak/No

Jenis obat <i>Type of treatment</i>	Ya/Tidak <i>Yes/No</i>	Jika YA, tuliskan nama dan dosis obat <i>If YES, please give name and dosage of medicine</i>	Beri tanda silang (x) bila digunakan s/d sekarang <i>Tick if used to date</i>
Suntikan <i>Injections</i>			
Obat minum <i>Oral medicines</i>			
Lainnya <i>Others</i>			

Jika YA, sebutkan./If YES, please describe

Nama dokter <i>Doctor's name</i>	
Alamat <i>Address</i>	
Tanggal mulai berkonsultasi <i>First consultation date</i>	
Tanggal konsultasi terakhir <i>Latest consultation date</i>	
Berapa kali Anda berkonsultasi ke dokter tersebut? <i>Number of consultations</i>	kali/times

7. Apakah Anda pernah menjalani terapi elektrokonvulsi?/Have you ever required electroconvulsive therapy (ECT)?

Ya/Yes Tidak/No

Jika YA, sebutkan./If YES, please describe.

8. Apakah Anda pernah dirawat di rumah sakit sehubungan dengan keluhan ini?/Have you ever been admitted to the hospital with this condition?

Ya/Yes Tidak/No

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 atau orang tuanya sesuai kartu identitas diri yang dilampirkan
Signature of (Proposed) Insured/Participant or its parent as per attached ID Card

Mohon lembar Kuesioner ini tidak ditandatangani dalam keadaan kosong dan pastikan semua informasi yang diminta telah diisi dengan benar sebelum ditandatangani./Please do not sign the form in blank and make sure all the required information have been filled appropriately prior to signing.



Jika YA, jelaskan lebih detail./If YES, please give name details.

Tanggal perawatan <i>Dates of admittance</i>	
Lama di rumah sakit <i>Period of admittance</i>	
Nama Rumah sakit <i>Name of hospital</i>	
Nama Dokter yang merawat <i>Name of treating doctor</i>	
Tindakan medis yang diberikan <i>Type of treatment given</i>	
Hasil perawatan <i>Result of treatment</i>	

9. Dalam 2 tahun terakhir ini, apakah Anda pernah tidak masuk kerja karena gangguan ini? Mohon tuliskan tanggal dan lamanya tidak masuk kerja./Have you lost any time off work in the last 2 years because of this condition? Please give dates and duration of absences.

10. Apakah Anda pernah mempunyai keinginan untuk melakukan tindakan bunuh diri? Mohon tuliskan tanggalnya dan kelanjutan perawatan yang diberikan./Have you ever tried to commit suicide? Please give dates and follow-up treatment.

11. Apakah Anda pernah mengalami hilangnya nafsu makan?/Have you ever lost your appetite?

Ya/Yes Tidak/No

Jika YA, jelaskan kapan dan selama berapa lama./If YES, when and for how long.

12. Berat badan Anda sudah stabil selama berapa bulan?/For how long (in months) has your weight been stable?

13. Bagaimana kondisi mental Anda saat ini?/How is your current mental status?

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 atau orang tuanya sesuai kartu identitas diri yang dilampirkan
Signature of (Proposed) Insured/Participant or its parent as per attached ID Card

Mohon lembar Kuesioner ini tidak ditandatangani dalam keadaan kosong dan pastikan semua informasi yang diminta telah diisi dengan benar sebelum ditandatangani./Please do not sign the form in blank and make sure all the required information have been filled appropriately prior to signing.



14. Adakah gangguan/penyakit lain yang Anda rasakan?/Do you have any other medical ailments?

Ya/Yes Tidak/No

Jika YA, jelaskan jenis kelainan, tanggal kelainan terjadi dan pengobatan yang sudah dilakukan./If YES, please explain what kind of ailment, dates and type of treatment.

15. Apakah ada riwayat keluarga yang mempunyai keluhan kondisi psikologis?/Do you have any relatives who have experienced psychological symptoms complaints?

Ya/Yes Tidak/No

Jika YA, mohon sebutkan siapa dan bagaimana hubungan keluarganya dengan Anda./If YES, who and what is their relationship with you.

16. Mohon tuliskan informasi tambahan lainnya sehubungan dengan kondisi Anda yang sekiranya dapat membantu pemrosesan surat pengajuan Anda./Please provide any additional information on your condition which will be helpful in processing your application.

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 atau orang tuanya sesuai kartu identitas diri yang dilampirkan
Signature of (Proposed) Insured/Participant or its parent as per attached ID Card

Mohon lembar Kuesioner ini tidak ditandatangani dalam keadaan kosong dan pastikan semua informasi yang diminta telah diisi dengan benar sebelum ditandatangani./Please do not sign the form in blank and make sure all the required information have been filled appropriately prior to signing.



Dengan ini saya telah memberikan jawaban dan keterangan dalam Kuesioner Mengenai Keadaan Psikologis ini dengan sejelas-jelasnya dan sebenar-benarnya. Saya tidak menyembunyikan informasi apa pun yang dapat memengaruhi penerimaan Surat Pengajuan Asuransi Jiwa (SPAJ) saya. Saya menyetujui Kuesioner ini akan menjadi bagian dari SPAJ saya pada PT Prudential Life Assurance dan bahwa penyembunyian informasi material apa pun dapat mengakibatkan batalnya kontrak asuransi jiwa sebagaimana diatur dalam SPAJ dimaksud.

I declare that the answers I have given in this Psychological Conditions Questionnaire, to the best of my knowledge, are true and that I have not withheld any material information that may influence the assessment or acceptance of my Life Insurance Policy Application Form. I agree that this Questionnaire will constitute part of my Application Form with PT Prudential Life Assurance and that failure to disclose any material fact known to me may invalidate the contract as stipulated in the respective Application Form.

ditanggal bulan 20
Signed at on month of

.....
Nama & Tanda Tangan (Calon) Tertanggung/
Peserta atau Orang Tua (Calon) Tertanggung/
Peserta apabila (Calon) Tertanggung/Peserta
berusia di bawah 21 tahun
Name & Signature of (Proposed) Insured/Participant
or by its parent if (Proposed) Insured/Participant
is under 21 years old

.....
Disaksikan oleh: Nama & Tanda Tangan Tenaga Pemasaran
Witnessed by Name & Signature of Sales Representative
(Sales Representative's No:)

PERHATIAN: Mohon tanda tangan sesuai kartu identitas diri yang dilampirkan
ATTENTION: Please note that the signature must be the same with the one shown in the ID card

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 atau orang tuanya
sesuai kartu identitas diri yang dilampirkan
Signature of (Proposed) Insured/Participant or its parent as per attached ID Card

Mohon lembar Kuesioner ini tidak ditandatangani dalam keadaan kosong dan pastikan semua informasi yang diminta telah diisi dengan benar sebelum ditandatangani./Please do not sign the form in blank and make sure all the required information have been filled appropriately prior to signing.

