



Formulir
UW – 28

KUESIONER ARTHRITIS, REMATIK DAN KELAINAN SENDI LAINNYA
ARTHRITIS, RHEUMATISM AND OTHER JOINT 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 v 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 (v) the appropriate box. Incomplete questionnaire will not be processed.

Nama (Calon) Pemegang Polis: [Grid]
Name of (Proposed) Policy Holder:
(selanjutnya disebut SAYA)/(Henceforth to be referred to as "I")

Nama (Calon) Tertanggung/Peserta: [Grid]
Name of (Proposed) Life Assured/Participant:

1. Lengkapi pertanyaan berikut ini./ Please complete the following questions:

a. Jelaskan keluhan sehubungan dengan persendian/tulang yang Anda alami?/ Explain the complaint with respect to the joints/bones that you experience? [Grid]

b. Pada bagian sendi mana yang terkena? Which joints are or have been affected:
[] Jari Tangan/Kaki/Fingers/Feet [] Leher/Neck
[] Punggung/Back [] Lutut/Knees [L][R][Both]
[] Pergelangan Tangan/Kaki Wrists [L][R][Both]
[] Panggul/Hips [L][R][Both]
[] Bahu/Shoulders [L][R][Both] [] Lainnya/Others: []

c. Kapan keluhan tersebut pertama kali terjadi? When did the first symptom occurs?
Tanggal:/Date: [] - [] - []

d. Kapan keluhan tersebut terakhir terjadi? When did the last symptom occurs?
Tanggal:/Date: [] - [] - []

e. Apakah Anda pernah diperiksa oleh Dokter, Fisioterapi atas keluhan tersebut?/ Have you been examined by a doctor, physiotherapy for your symptom?
[] Ya/Yes [] Tidak/No

f. Nama Dokter, Rumah Sakit atau Klinik beserta alamat: The doctor's/hospital/clinic's name and address: [Grid]

g. Apa diagnosis yang diberikan? What was the diagnosis:
[] Osteoarthritis [] Low back pain
[] Rheumatoid arthritis [] Cervical root syndrome
[] Lupus [] HNP (Saraf terjepit)
[] Gout
[] Lainnya:/Others: []

h. Apakah Anda saat ini dalam pengobatan untuk kondisi ini? Are you currently on treatment for this condition?
[] Ya/Yes
- Jenis pengobatan: The type of treatment: []
- Nama obat yang diberikan: Name of the medication: []
[] Tidak/No
- Tanggal konsultasi terakhir: Date of last consult: [] - [] - []

i. Apakah Anda mengalami kesulitan dalam menjalankan tugas pekerjaan atau kegiatan sehari-hari saat ini? Are you experiencing any difficulty in performing your occupational duties or daily activities at present?
[] Ya/Yes
- Mohon jelaskan: Please provide details: []
[] Tidak/No



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

j. Apakah Anda memerlukan penyesuaian khusus di tempat kerja atau penggunaan alat bantu untuk memenuhi persyaratan pekerjaan Anda? Ya/Yes

Do you need any special adjustment at work or use of assistive devices in order to fulfill the requirement of your occupation?

- Mohon jelaskan:
Please provide details:

Tidak/No

k. Apakah Anda telah disarankan untuk atau sudah dilakukan penggantian sendi/pemasangan pen/plat atau operasi untuk kondisi ini? Ya/Yes

Have you been advised to have, or have you had a joint replacement or any other surgery for this condition?

- Mohon jelaskan:
Please provide details:

Tidak/No

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

Jenis Pemeriksaan Type of examination	Ya Yes	Tidak No	Tanggal Date	Hasil Result	Hasil Terlampir Attached Result	
					Ya/Yes	Tidak/No
a. Rontgen dada X-ray Thorax						
b. Tes Darah Blood test						
c. MRI Scan						
d. CT Scan						
e. Lainnya, sebutkan: Others, please state: - - -						

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 helpful in processing your application:

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah memberikan jawaban dan keterangan dalam Kuesioner ini dengan se jelas-jelasnya dan sebenar-benarnya. 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: - - (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.



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 inforced)/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.

