

2. SAYA sendiri yang melengkapi dan menandatangani Formulir ini serta telah menerima, memahami, dan menyetujui lembar ilustrasi yang menjelaskan Manfaat Asuransi yang telah disampaikan oleh Tenaga Pemasar. Segala risiko pemilihan manfaat asuransi dan sepenuhnya menjadi tanggung jawab SAYA.
3. Bahwa Penanggung dapat meminta dokumen berupa bukti penghasilan atau dokumen lainnya yang diperlukan untuk memastikan kesesuaian profil SAYA dan/atau Calon Tertanggung Tambahan. Dalam hal dokumen yang diperlukan tersebut tidak diterima Penanggung atau dokumen yang diperlukan tersebut mempunyai informasi yang berbeda dan/atau tidak lengkap dengan informasi yang sebelumnya diterima oleh Penanggung, maka SAYA menyetujui bahwa Penanggung berhak menangguhkan transaksi apa pun yang SAYA ajukan dengan memberikan pemberitahuan kepada SAYA.
4. Pertanggung pada Asuransi Tambahan untuk Calon Tertanggung Tambahan tidak akan dimulai sebelum pengajuan Perubahan Mayor Polis disetujui. Jika terjadi peristiwa yang ditanggung dalam Polis sebelum tanggal Perubahan Mayor Polis disetujui, atau SAYA tidak melengkapi persyaratan pengajuan yang diminta oleh Penanggung dalam waktu 60 (enam puluh) hari sejak Formulir pengajuan diterima di Kantor Pusat Penanggung, atau SAYA membatalkan pengajuan Perubahan Mayor kepada Penanggung, maka Penanggung tidak berkewajiban untuk membayar manfaat apa pun.
5. Bahwa jika Penanggung melakukan pembayaran dana, Penanggung harus tunduk kepada aturan yang berlaku di Indonesia maupun sesuai standar Grup Prudential, diantaranya adalah diperlukannya tambahan proses tertentu jika SAYA termasuk dalam daftar sanksi tertentu.
6. SAYA dan/atau Calon Tertanggung Tambahan dengan ini memberikan kuasa dan izin kepada:
 - (i) Penanggung untuk meminta catatan riwayat kesehatan Calon Tertanggung Tambahan atau informasi lain mengenai diri Calon Tertanggung Tambahan dari setiap Tenaga Medis, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Laboratorium, perusahaan asuransi, perusahaan reasuransi, badan, instansi/lembaga atau pihak lain yang mempunyai catatan/informasi riwayat kesehatan atau informasi lain mengenai diri Calon Tertanggung Tambahan; dan
 - (ii) Setiap Tenaga Medis, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Laboratorium, perusahaan asuransi, perusahaan reasuransi, badan, instansi/lembaga atau pihak lain yang mempunyai catatan riwayat kesehatan atau informasi lain mengenai diri Calon Tertanggung Tambahan untuk mengungkapkan atau memberikan kepada Penanggung semua catatan riwayat kesehatan, atau perawatan atau informasi lain mengenai diri Calon Tertanggung Tambahan. Pemberian kuasa ini tidak dapat ditarik kembali atau dibatalkan dan tetap berlaku pada waktu Calon Tertanggung Tambahan masih hidup maupun sesudah meninggal dunia, maupun oleh sebab-sebab yang telah disebutkan dalam Pasal 1813, Pasal 1814, dan Pasal 1816 Kitab Undang-undang Hukum Perdata Indonesia. Salinan/fotokopi dari kuasa ini memiliki kekuatan hukum yang sama dan mengikat sesuai dengan aslinya.
7. SAYA dan Calon Tertanggung Tambahan dengan ini memberikan kuasa dan izin kepada Penanggung untuk menggunakan atau memberikan informasi kesehatan atau keterangan mengenai diri Calon Tertanggung Tambahan yang tersedia, diperoleh atau disimpan oleh Penanggung, kepada perusahaan asuransi, perusahaan reasuransi atau pihak-pihak lain dalam rangka pengajuan dan pembayaran klaim, maupun pelayanan Nasabah.
8. Bahwa pada waktu SAYA mengajukan klaim Manfaat Asuransi, Penanggung berhak:
 - (i) Meminta bukti keabsahan hubungan keterikatan asuransi antara Pemegang Polis, Calon Tertanggung Tambahan, dan Penerima Manfaat. Dalam hal hubungan antara Pemegang Polis, Calon Tertanggung Tambahan, dan Penerima Manfaat terdapat perbedaan dengan yang tertulis di Formulir ini (tidak bisa diverifikasi), Penanggung berhak meminta dokumen pendukung yang wajar dan relevan dengan pengajuan klaim.
 - (ii) Meminta kesesuaian profil finansial SAYA dan/atau Calon Tertanggung Tambahan dan/atau Pembayar Premi. Dalam hal terdapat perbedaan pada profil finansial SAYA dan/atau Calon Tertanggung Tambahan dan/atau Pembayar Premi dengan yang tertulis di Formulir ini (tidak bisa diverifikasi), Penanggung berhak meminta dokumen pendukung yang wajar dan relevan dengan pengajuan klaim.
9. Penanggung dari waktu ke waktu dapat menggunakan informasi pribadi (termasuk namun tidak terbatas pada nama, alamat surat menyurat, alamat e-mail, nomor telepon rumah, nomor telepon genggam, dan lainnya) yang SAYA berikan dalam Formulir ini, serta informasi terkait Polis SAYA termasuk memberikannya kepada pihak ketiga sepanjang dianggap perlu oleh Penanggung dalam rangka memberikan pelayanan atas Polis, atau untuk tujuan lain seperti informasi produk, dan layanan terbaru sehubungan pertanggungannya SAYA berdasarkan Polis, dengan tunduk pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.
10. Penanggung dapat menghubungi SAYA untuk menyampaikan informasi mengenai Polis, informasi terkait produk, atau layanan Penanggung. Dalam hal informasi tersebut diberikan melalui *Short Message Service (SMS)*, SAYA menyetujui bahwa SMS tersebut dapat terkirim baik pada atau di luar hari/jam kerja.

Pastikan data alamat surat menyurat, alamat e-mail atau nomor *handphone* GSM yang terdaftar pada Polis Anda merupakan data yang terkini dan valid untuk selalu dapat menerima informasi terbaru dari Prudential Indonesia. Pengkinian data dapat dilakukan melalui:

1. Layanan Digital **PRUServices** untuk melakukan pengkinian informasi dengan mudah.
2. *Teleprocessing* dengan menghubungi Prudential Indonesia *Customer Line* di 1500085.
3. Mengirimkan Formulir Perubahan Data Pemegang Polis ke kantor pusat PT Prudential Life Assurance.

Mohon ditandatangani sesuai kartu identitas diri yang dilampirkan. Tanda tangan ini akan menjadi spesimen tanda tangan Anda selanjutnya.

Ditandatangani di:

Tanggal (Tgl/Bln/Thn)

Tanda Tangan Pemegang Polis

Tanda Tangan Calon Tertanggung
Tambahan 1

Tanda Tangan Calon Tertanggung
Tambahan 2

Catatan: - Segala risiko yang timbul akibat ditandatanganinya Formulir ini dalam keadaan kosong/belum terisi lengkap menjadi tanggung jawab Pemegang Polis dan apabila terdapat hal-hal yang ingin ditanyakan, dapat menghubungi Tenaga Pemasar atau *Customer Line* 1500085 pada hari Senin hingga Sabtu dari pukul 08.00 WIB - 17.00 WIB.

Pernyataan Tenaga Pemasar

Dengan ini, SAYA menyatakan bahwa:

1. SAYA mengenal:

Calon Pemegang Polis selama:	☐ < 1 tahun	☐ 1 - 3 tahun	☐ 3 - 5 tahun	☐ > 5 tahun
sebagai:	☐ Keluarga, sebutkan: _____	☐ Teman	☐ Referensi	☐ Lainnya: _____
	☐ Public Figure, sebutkan: _____			
Calon Tertanggung Tambahan 1 selama:	☐ < 1 tahun	☐ 1 - 3 tahun	☐ 3 - 5 tahun	☐ > 5 tahun
sebagai:	☐ Keluarga, sebutkan: _____	☐ Teman	☐ Referensi	☐ Lainnya: _____
	☐ Public Figure, sebutkan: _____			
Calon Tertanggung Tambahan 2 selama:	☐ < 1 tahun	☐ 1 - 3 tahun	☐ 3 - 5 tahun	☐ > 5 tahun
sebagai:	☐ Keluarga, sebutkan: _____	☐ Teman	☐ Referensi	☐ Lainnya: _____
	☐ Public Figure, sebutkan: _____			

- Semua keterangan yang terdapat di dalam Formulir ini adalah semata-mata keterangan yang diberikan oleh Pemegang Polis dan/atau Calon Tertanggung Tambahan 1 dan/atau Calon Tertanggung Tambahan 2. SAYA tidak menyembunyikan informasi atau keterangan apa pun yang telah diberikan Pemegang Polis dan/atau Calon Tertanggung Tambahan 1 dan/atau Calon Tertanggung Tambahan 2 yang dapat memengaruhi pengajuan ini.
- SAYA telah menerangkan semua isi butir pernyataan di Formulir dengan jelas dan menjelaskan informasi/keterangan mengenai produk asuransi dan manfaatnya sesuai dengan Ketentuan Umum dan Ketentuan Khusus Polis.
- SAYA telah bertemu dan melihat secara langsung kondisi terakhir Calon Tertanggung Tambahan 1 dan/atau Calon Tertanggung Tambahan 2, pada saat Formulir ini diisi dan ditandatangani di hadapan SAYA oleh Pemegang Polis dan/atau Calon Tertanggung Tambahan 1 dan/atau Calon Tertanggung Tambahan 2.
- SAYA mengenal Pemegang Polis dan/atau Calon Tertanggung Tambahan 1 dan/atau Calon Tertanggung Tambahan 2 sebagai anggota keluarga/teman/referensi/Public Figure/lainnya (pilih salah satu). *) Contoh: Pejabat/pejabat pemerintah, artis, politikus, dll.
- SAYA bersedia menerima sanksi dari PT Prudential Life Assurance sebagaimana diatur dalam Perjanjian Keagenan dan/atau Perjanjian Manager Keagenan bilamana salah satu atau lebih pernyataan di atas salah atau tidak benar.
- SAYA telah menerangkan dan memberikan penjelasan mengenai Ringkasan Informasi Produk dan/atau Layanan kepada Pemegang Polis dan/atau Calon Tertanggung Tambahan 1 dan/atau Calon Tertanggung Tambahan 2.
- SAYA telah melakukan proses identifikasi dan verifikasi terhadap identitas Pemegang Polis dan/atau Calon Tertanggung Tambahan 1 dan/atau Calon Tertanggung Tambahan 2.

Nama Tenaga Pemasar

Kode Tenaga Pemasar

Unit Tenaga Pemasar

Nomor PRUFlyer

Ditandatangani di:

Tanggal (Tgl/Bln/Thn)

Tanda Tangan Tenaga Pemasar

Pilihan total penghasilan rutin per bulan:

- | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Kurang dari Rp 2,5 Juta | 10. Rp 500 Juta s/d < Rp 1 Miliar |
| 2. Rp 2,5 Juta s/d < Rp 5 Juta | 11. Rp 1 Miliar s/d < Rp 1,5 Miliar |
| 3. Rp 5 Juta s/d < Rp 7,5 Juta | 12. Rp 1,5 Miliar s/d < Rp 2 Miliar |
| 4. Rp 7,5 Juta s/d < Rp 10 Juta | 13. Rp 2 Miliar s/d < Rp 3 Miliar |
| 5. Rp 10 Juta s/d < Rp 25 Juta | 14. Rp 3 Miliar s/d < Rp 4 Miliar |
| 6. Rp 25 Juta s/d < Rp 50 Juta | 15. Rp 4 Miliar s/d < Rp 5 Miliar |
| 7. Rp 50 Juta s/d < Rp 100 Juta | 16. ≥ Rp 5 Miliar |
| 8. Rp 100 Juta s/d < Rp 250 Juta | 17. Tidak Berpenghasilan (No Income) |
| 9. Rp 250 Juta s/d < Rp 500 Juta | |