

Formulir
UW-66

Formulir Data Kesehatan dan Hobi (Calon) Tertanggung untuk (Calon) Pemegang Polis Perorangan (Badan Usaha)

Isilah dengan menggunakan tulisan tangan Anda dengan TINTA WARNA HITAM, HURUF CETAK dan TULISAN TIDAK KELUAR DARI KOTAK, dengan jelas dan memberi tanda ✓ pada kotak jawaban yang sesuai. Formulir yang tidak diisi dengan lengkap tidak dapat diproses.

Nama (Calon) Pemegang Polis

Untuk pengajuan dengan kriteria berikut: (Beri tanda ✓ sesuai jenis pengajuan yang diajukan)

- ☐ SPAJ*, yang jarak antara tanggal penandatanganan SPAJ dengan tanggal diterimanya di kantor pusat lebih dari 30 hari.
☐ Perubahan Mayor (*Major Alteration*)**
☐ Pemulihan Polis (*Revival*)**

Alasan Polis dipulihkan: (pilihan dapat lebih dari satu) ☐ Proteksi ☐ Tabungan ☐ Pendidikan ☐ Investasi

☐ Lainnya (sebutkan): _____

Alasan tidak terbayarnya Premi sehingga

Polis tidak Aktif (*Lapsed*): (pilih salah satu)

☐ Masalah Keuangan ☐ Gagal Debit Kartu Kredit/Tabungan

☐ Tidak Menerima Tagihan ☐ Masalah Administrasi Pembayaran

☐ Pindah Alamat

☐ Lainnya (sebutkan): _____

*Mohon mengisi pertanyaan I dan II, **Mohon mengisi pertanyaan I, II dan III

I. Data (Calon) Tertanggung

☐ (Calon) Tertanggung Utama	☐ (Calon) Tertanggung Tambahan 1	☐ (Calon) Tertanggung Tambahan 2
1. Nama Lengkap (Sesuai Identitas Diri) 	1. Nama Lengkap (Sesuai Identitas Diri) 	
2. Tanggal Lahir (Tgl/Bln/Thn) 	2. Tanggal Lahir (Tgl/Bln/Thn) 	
3. Pekerjaan Saat Ini 	3. Pekerjaan Saat Ini 	
4. Tinggi (cm) Berat (kg) 	4. Tinggi (cm) Berat (kg) 	4. Tinggi (cm) Berat (kg)

II. Data Kesehatan dan Hobi (Calon) Tertanggung

(Calon) Tertanggung harus menjawab semua pertanyaan data kesehatan dan hobi dalam formulir ini (dan dalam pernyataan pribadi yang menyangkut kesehatan yang diajukan oleh Penanggung atau pemeriksa kesehatan) secara lengkap, jujur, benar, akurat, terkini, sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan konsisten antara satu dengan lainnya, dan tidak ada informasi yang disembunyikan, baik dengan sengaja maupun tidak sengaja. Apabila di kemudian hari ditemukan fakta bahwa pengisian data kesehatan dan hobi tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini, tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya, atau terdapat suatu informasi yang disembunyikan, maka hal tersebut dapat menyebabkan penolakan setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan, pembatalan atau pengakhiran Polis, keputusan *underwriting* (penilaian risiko) yang berbeda, dan/atau pengisian kekurangan Premi sebagaimana diatur dalam ketentuan Polis.

Catatan: Dilengkapi oleh Orang Tua apabila (Calon) Tertanggung berusia di bawah 17 tahun (usia sebenarnya)

Ketahui istilah medis yang ada pada formulir ini, dapat diakses pada <https://www.prudential.co.id/id/claims-support/glossary/>

Mohon memberikan tanda ✓ untuk jawaban yang sesuai atas pertanyaan nomor 1-14.

1. Apakah (Calon) Tertanggung memiliki hobi atau sewaktu-waktu melakukan kegiatan yang berisiko tinggi tersebut di bawah ini*:

	TU	TT1	TT2
a. Mendaki Gunung/Kegiatan Mendaki	☐	☐	☐
b. Menyelam/Scuba Diving	☐	☐	☐
c. Olahraga Bermotor (termasuk Balap Motor/Mobil)	☐	☐	☐
d. Terbang Layang/Terjun Payung	☐	☐	☐
e. Selancar Air/Perahu Layar	☐	☐	☐
f. Hobi/Kegiatan olahraga berbahaya dan berisiko tinggi lainnya, termasuk berkuda, semua jenis seni bela diri dan olah raga kontak fisik (Thai Boxing, Mix Martial Art, Tinju, dan lain-lain)	☐	☐	☐
Mohon sebutkan nama hobi/kegiatan olahraga berisiko tinggi lainnya:			
TU		TT1	
		TT2	
g. Tidak melakukan hobi atau kegiatan olahraga berisiko tinggi	☐	☐	☐

* Jika Anda memilih salah satu dari poin a-f, mohon mengisi dan melampirkan Kuesioner sesuai Hobi/Kegiatan tersebut



2. Pertanyaan Bermukim

TU	TT1	TT2
----	-----	-----

Apakah (Calon) Tertanggung sedang atau berencana tinggal di luar negeri lebih dari dan/atau sama dengan 6 (enam) bulan berturut-turut?

TU ☐ Ya ☐ Tidak

TT1 ☐ Ya ☐ Tidak

TT2 ☐ Ya ☐ Tidak

Jika menjawab "YA", mohon sebutkan nama negara tersebut:

TU

TT1

TT2

3. Data Fisik dan Status Merokok

(Calon) Tertanggung Utama		(Calon) Tertanggung Tambahan 1		(Calon) Tertanggung Tambahan 2	
Tinggi (cm)	Berat (kg)	Tinggi (cm)	Berat (kg)	Tinggi (cm)	Berat (kg)
Merokok dalam 12 bulan terakhir?	Jumlah* per Hari	Merokok dalam 12 bulan terakhir?	Jumlah* per Hari	Merokok dalam 12 bulan terakhir?	Jumlah* per Hari
☐ Ya ☐ Tidak		☐ Ya ☐ Tidak		☐ Ya ☐ Tidak	

Catatan: Merokok dalam hal ini juga mengacu pada pemakaian tembakau/rokok kretek/cerutu/rokok elektrik/produk pengganti nikotin (termasuk nikotin dalam bentuk tempel).

* Jumlah batang rokok/mililiter rokok elektrik per hari.

4. Pertanyaan Gaya Hidup

- a. Apakah (Calon) Tertanggung pernah dan/atau sedang mengonsumsi minuman beralkohol sebanyak lebih dari atau sama dengan 5 (lima) minuman beralkohol ukuran baku (khusus pria), atau lebih dari atau sama dengan 4 (empat) minuman beralkohol ukuran baku (khusus wanita)?

Catatan: Minuman beralkohol ukuran baku adalah:

satu takar/satu sloki (45 ml) minuman keras Vodka/Wiski/Gin/dan sejenisnya, atau satu gelas kecil (125 ml) minuman anggur atau satu kaleng bir (320 ml)

- i. Dalam 1 (satu) bulan terakhir

- ii. Kurang dari 3 (tiga) bulan yang lalu

- iii. 3 (tiga) hingga 12 (dua belas) bulan yang lalu

- iv. Lebih dari 12 (dua belas) bulan yang lalu (tidak terbatas waktu)

- v. SAYA selalu minum minuman beralkohol kurang dari ukuran baku

- vi. SAYA tidak pernah mengonsumsi minuman beralkohol

- b. Secara rata-rata, berapa hari dalam seminggu, (Calon) Tertanggung minum minuman beralkohol:

TU hari TT1 hari TT2 hari

- c. Ketika minum minuman beralkohol pada hari biasa, berapa jumlah rata-rata minuman beralkohol yang (Calon)

Tertanggung minum: TU ukuran baku TT1 ukuran baku TT2 ukuran baku

5. Pertanyaan Obat-obatan

TU	TT1	TT2
----	-----	-----

Apakah (Calon) Tertanggung pernah (tanpa batasan waktu) dan/atau sedang menggunakan obat-obatan terlarang/narkoba atau bahan adiktif lainnya?

TU ☐ Ya ☐ Tidak

TT1 ☐ Ya ☐ Tidak

TT2 ☐ Ya ☐ Tidak

Jika menjawab "Ya", mohon isi pertanyaan di bawah ini:

- a. Sebutkan nama obat/zat yang dikonsumsi:

TU TT1 TT2

- b. Kapan terakhir menggunakan obat/zat tersebut:

TU TT1 TT2

- c. Seberapa sering obat/zat tersebut digunakan:

- i. Harian

- ii. Beberapa kali dalam seminggu

- iii. Kadang-kadang

- iv. Sudah tidak menggunakan obat/zat tersebut dalam 1 (satu) tahun terakhir



TU

TT1

TT2

6. Apakah ada di antara anggota keluarga kandung*/immediate family (Calon) Tertanggung (hidup atau meninggal) yang memiliki salah satu riwayat kesehatan berikut ini sebelum memasuki usia 60 (enam puluh) tahun?*** Anggota Keluarga: *immediate family*, paman, bibi, kakek, nenek, keponakan, sepupu, dan lain-lain** *Immediate family*: ayah, ibu, saudara laki-laki atau saudara perempuan

- Jika "Ya", mohon mengisi tabel kondisi di bawah ini dengan mencantumkan usia saat kondisi diketahui/muncul gejala penyakit

- Apabila melebihi kolom yang tersedia, mohon menuliskan jawabannya pada "Surat Pernyataan/Amendemen untuk SPAJ/SPAJT/Pengajuan Pelayanan Polis" dan dilampirkan bersama formulir ini

TU ☐ Ya ☐ TidakTT1 ☐ Ya ☐ TidakTT2 ☐ Ya ☐ Tidak

Anggota Keluarga	Kanker Sebutkan Jenisnya***			Penyakit Jantung			Stroke			Diabetes Mellitus/ Kencing Manis			Penyakit Ginjal Polikistik Bawaan/ Familial Polycystic Kidney Disease			Penyakit Saraf Motorik/Motor Neuron Disease			Penyakit Parkinson		
	TU	TT1	TT2	TU	TT1	TT2	TU	TT1	TT2	TU	TT1	TT2	TU	TT1	TT2	TU	TT1	TT2	TU	TT1	TT2
i. Ibu																					
ii. Ayah																					
iii. Adik/Kakak Laki-laki																					
iv. Adik/Kakak Perempuan																					

***Jenis-jenis Kanker: Kanker Payudara/Kanker Usus Besar (*Colon Cancer*)/Kanker Indung Telur (*Ovarium Cancer*)/Kanker Jenis Lainnya**7. Pertanyaan Riwayat Kesehatan**

Hal-hal tentang riwayat kesehatan (Calon) Tertanggung

(Calon) Tertanggung tidak perlu memberitahukan kondisi berikut untuk pertanyaan kesehatan selanjutnya apabila (Calon) Tertanggung telah sembuh total* tanpa timbul komplikasi:

* Radang Usus Buntu, yang sudah diobati dan sembuh total melalui operasi pengangkatan usus buntu

* Bunion (penonjolan tulang pada ibu jari kaki) atau Bony Spur (tulang menonjol) atau kuku kaki yang tumbuh ke dalam (*in-grown toenail*), yang sudah dioperasi dan sembuh total

* Pilek, Flu atau episode tunggal infeksi saluran pernafasan atas, yang sudah diobati dan sembuh total

* Bedah Kosmetik (selain Operasi Sedot Lemak atau Operasi Pembesaran Payudara)

* Perawatan Gigi rutin

* Radang Amandel/Tonsilitis, yang sudah sembuh total melalui operasi angkat Amandel

* Pemeriksaan Ginekologis (Organ Reproduksi Wanita) rutin tanpa adanya temuan abnormal

* Vaksinasi rutin atau Infeksi yang sudah sembuh total dengan antibiotik

* Episode tunggal Infeksi Saluran Kemih, kecuali jika dibutuhkan rawat inap

* Keluhan Kulit, selain Psoriasis (Peradangan Kulit Kronis) atau Eksema / Eksim atau Penyakit/Reaksi Auto-Imun lainnya

* Keseleo pada pergelangan tangan atau pergelangan kaki

* Kehamilan sebelumnya atau Operasi Sesar (tanpa indikasi medis) atau kontrasepsi

* Vasektomi / TUBEKtomi atau sterilisasi.

* sembuh total: tidak ada gejala, keluhan, pengobatan dan/atau konsultasi/pemeriksaan lanjutan dan/atau rencana tindakan atau terapi

a. Apakah (Calon) Tertanggung pernah (tanpa batasan waktu) dan/atau sedang mengidap penyakit di bawah ini?TU ☐ Ya ☐ TidakTT1 ☐ Ya ☐ TidakTT2 ☐ Ya ☐ Tidak

Jika menjawab "Ya", pilih semua kondisi kesehatan yang dianggap sesuai:

i. Kanker

☐☐☐

ii. Karsinoma in-situ/Kanker Tahap Awal

☐☐☐iii. *Diabetes Mellitus*/Kencing manis☐☐☐

iv. HIV/AIDS

☐☐☐

v. Gagal Ginjal

☐☐☐vi. Stroke termasuk *Transient Ischemic Attack (TIA)*/Serangan Stroke Selintas☐☐☐

vii. Kondisi apa pun yang berhubungan dengan Jantung*

☐☐☐**b. Apakah (Calon) Tertanggung pernah (tanpa batasan waktu) dan/atau sedang mengalami gejala/diperiksa lebih lanjut/ konsultasi/didiagnosis/saat ini sedang diperiksa untuk kondisi berikut ini: Asma, Tekanan Darah Tinggi, Hepatitis (Peradangan pada Hati), Peningkatan Lemak Darah, Gangguan Tiroid/Gondok, Gangguan Payudara, Kista Ovarium (Kista indung telur), *Uterine Fibroid*/Mioma (Tumor Jinak Rahim), Gangguan Prostat.**TU ☐ Ya ☐ TidakTT1 ☐ Ya ☐ TidakTT2 ☐ Ya ☐ Tidak**c. Apakah (Calon) Tertanggung pernah (tanpa batasan waktu) dan/atau sedang mengalami kondisi kesehatan yang disarankan/dianjurkan untuk melakukan/menjalani perawatan/pemeriksaan/mendapat nasihat medis lebih lanjut dengan dokter umum/dokter spesialis, mengkonsumsi obat rutin baik untuk terapi ataupun pencegahan, melakukan Tindakan Operasi, termasuk namun tidak terbatas pada Operasi Satu Hari (*One Day Surgery*)?**TU ☐ Ya ☐ TidakTT1 ☐ Ya ☐ TidakTT2 ☐ Ya ☐ Tidak

Apabila menjawab "Ya" pertanyaan C di atas, pilih semua kondisi kesehatan yang sesuai:

i. Tekanan darah tinggi

☐☐☐

ii. Tumor, Benjolan/Pembesaran/Pembengkakan, Pertumbuhan, Polip, Kista, atau Nodul*

☐☐☐iii. Kondisi apa pun yang memengaruhi **Paru***: Bronkitis (Peradangan Pada Saluran Paru), *Emphysema* (Penyakit Paru-Paru Kronis yang merusak Kantong Udara Paru), Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK), Sesak Napas, Tuberkulosis (TBC), *Pneumonia*/Infeksi Paru☐☐☐

	TU	TT1	TT2
iv. Kondisi apa pun yang memengaruhi Darah* : Peningkatan Lemak Darah, Kekurangan Sel Darah Merah dan/atau Hemoglobin, contohnya: Anemia dan Thalasemia	☐	☐	☐
v. Kondisi apa pun yang memengaruhi bagian Perut, Lambung, Pankreas, Kandung empedu, Usus dan Hati* : Gastritis/Maag*, GERD (Asam lambung Naik atau Refluks), Ulkus (Tukak/Luka Lambung), Kolitis/Infeksi* dan/atau Peradangan Usus Besar, Penyakit Crohn/Crohn's Disease*, Pankreatitis/Radang pankreas, Perdarahan Gastro-intestinal/Perdarahan lambung-usus*, Sirosis (Pengerasan dan/atau Kematian Jaringan Hati), Perlemakan Hati/Fatty Liver, Batu Empedu, Kolesistitis/Radang Kandung empedu, Gastroenteritis/Diare	☐	☐	☐
vi. Kondisi apa pun yang memengaruhi Ginjal atau Kandung Kemih : Penyakit Ginjal Polikistik/Polycystic Kidney Disease, Nefritis/Radang Ginjal, Batu Ginjal, Hasil Pemeriksaan Urin yang tidak normal	☐	☐	☐
vii. Kondisi apa pun yang memengaruhi Otot*, Tulang, atau Sendi* : Osteoarthritis (Peradangan pada Tulang dan Sendi), Rematik*, Nyeri tulang Belakang*, Lupus/Systemic Lupus Erythematosus (Penyakit Autoimun Kronis yang menyebabkan peradangan pada berbagai organ tubuh), Gout/Asam Urat, Patah Tulang	☐	☐	☐
viii. Kondisi apa pun yang memengaruhi Otak atau Sistem Saraf : Kejang, Epilepsi** (Penyakit kejang berulang), Aneurisma (Pelebaran dan/atau Penonjolan Pembuluh Darah), Multiple Sclerosis (Penyakit Autoimun yang menyerang Sistem Saraf Pusat dan/atau Saraf lainnya), Paralisis/Kelumpuhan, kehilangan kemampuan berbicara	☐	☐	☐
ix. Kondisi apa pun yang memengaruhi Kesehatan Mental/Kejiwaan* : Depresi, Kecemasan, Skizofrenia (Gangguan Mental yang memengaruhi tingkah laku, emosi dan komunikasi), Gangguan Bipolar (Gangguan Mental yang ditandai dengan perubahan drastis pada suasana hati), Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas/Attention Deficit Hiperactive Disorder, Autisme, Gangguan Tidur (Insomnia, Parasomnia, Hipersomnia, Sleep Apnea, Narkolepsi, Sindrom Kaki Gelisah, dan lainnya)	☐	☐	☐
x. Kondisi apa pun yang memengaruhi Mata atau Telinga : Glaukoma (kerusakan saraf penglihatan), Katarak, Kebutaan (tidak dapat diperbaiki dengan penggunaan kacamata), Tuli (tidak dapat diperbaiki dengan penggunaan alat bantu dengar)	☐	☐	☐
xi. Kondisi apa pun yang memengaruhi Kulit : Psoriasis (Peradangan Kulit kronis)	☐	☐	☐
xii. [Pria] Kondisi atau Gangguan apa pun yang memengaruhi Prostat, Testis (Buah Zakar) : Gangguan Prostat, Gangguan Testicular	☐	☐	☐
xiii. [Wanita] Kondisi atau abnormalitas apa pun yang memengaruhi Serviks Uterus Anda* : Pap Smear dengan hasil abnormal	☐	☐	☐
xiv. Kondisi abnormalitas mata rabun jauh (Miopia) lebih dari minus 6 Jika <i>checklist</i> pilihan di atas, mohon menjawab pertanyaan di bawah ini: Bagian mata sebelah mana yang mengalami rabun jauh (miopia) lebih dari minus 6?	☐	☐	☐
☐ Mata Kanan, minus mata kanan: TU TT1 TT2 ☐ Mata Kiri, minus mata kiri: TU TT1 TT2 ☐ Kedua mata, minus mata kanan: TU TT1 TT2 & minus mata kiri: TU TT1 TT2	☐	☐	☐
xv. Kondisi lain yang tidak tercantum pada pilihan di atas Mohon sebutkan nama kondisi (Calon) Tertanggung:	☐	☐	☐
* Lampirkan Kuesioner yang diisi oleh (Calon) Tertanggung; **Lampirkan Kuesioner yang diisi oleh (Calon) Tertanggung dan Dokter			
d. Dalam 1 (satu) tahun terakhir, (Calon) Tertanggung pernah dan/atau sedang mengalami salah satu gangguan berikut	☐	☐	☐
• Demam Berdarah	☐	☐	☐
• Tifus/Typhoid	☐	☐	☐
• Kolitis Amoeba (infeksi usus yang disebabkan amoeba)	☐	☐	☐
• Malaria	☐	☐	☐
• Tidak mengalami gangguan tersebut di atas	☐	☐	☐
Jika (Calon) Tertanggung memilih salah satu dari gangguan di atas, mohon menjawab pertanyaan di bawah ini:			
i. Apakah (Calon) Tertanggung sudah sembuh total dari kondisi tersebut: Jika menjawab "Ya", mohon lengkapi pertanyaan nomor ii di bawah ini	TU ☐ Ya ☐ Tidak		
	TT1 ☐ Ya ☐ Tidak		
	TT2 ☐ Ya ☐ Tidak		
ii. Apakah sudah sembuh total sejak 3 (tiga) bulan yang lalu	TU ☐ Ya ☐ Tidak		
	TT1 ☐ Ya ☐ Tidak		
	TT2 ☐ Ya ☐ Tidak		
e. Selain dari yang sudah (Calon) Tertanggung nyatakan kepada kami, apakah (Calon) Tertanggung pernah (tanpa batasan waktu) dan/atau sedang mengalami/memiliki Keterbatasan Fisik atau Kelainan Bawaan atau Congenital misalnya antara lain: <i>Cystic Fibrosis/Fibrosis Kistik</i> , Kebutaan, Ketulian, Layuh serebral/ <i>Cerebral palsy</i> , Gangguan Mental (contoh: Sindroma Down) atau lainnya?	TU ☐ Ya ☐ Tidak		
	TT1 ☐ Ya ☐ Tidak		
	TT2 ☐ Ya ☐ Tidak		



TU	TT1	TT2
----	-----	-----

f. Selain dari yang sudah (Calon) Tertanggung nyatakan kepada kami, apakah (Calon) Tertanggung pernah (tanpa batasan waktu) dan/atau sedang mengalami suatu tanda atau gejala apa pun (termasuk penurunan berat badan yang tidak diketahui penyebabnya), di mana (Calon) Tertanggung belum mencari/mendapat nasihat medis terkait kondisi tersebut?

TU	☐ Ya	☐ Tidak
TT1	☐ Ya	☐ Tidak
TT2	☐ Ya	☐ Tidak

8. Apabila (Calon) Tertanggung menjawab “Ya” untuk 1 (satu) atau lebih pertanyaan nomor 7a s/d 7f di atas, mohon menjawab pertanyaan di bawah ini. Apabila melebihi kolom yang tersedia, mohon menuliskan jawabannya pada “Surat Pernyataan/Amendemen untuk SPAJ/SPAJT/Pengajuan Pelayanan Polis” dan dilampirkan bersama formulir ini.

1. Sebutkan nama tanda/gejala/penyakit:

TU		TT1		TT2	
----	----------------------	-----	----------------------	-----	----------------------

2. Kapan pertama kali diagnosis kondisi tersebut ditegakkan? (Tgl/Bln/Thn)

TU		TT1		TT2	
----	----------------------	-----	----------------------	-----	----------------------

3. Kapan terakhir mengalami gejala? (Tgl/Bln/Thn)

TU		TT1		TT2	
----	----------------------	-----	----------------------	-----	----------------------

4. Apakah (Calon) Tertanggung sudah melakukan pemeriksaan/konsultasi untuk kondisi tersebut?

Jika menjawab “Ya”, mohon menjawab pertanyaan di bawah ini

TU	☐ Ya	☐ Tidak
TT1	☐ Ya	☐ Tidak
TT2	☐ Ya	☐ Tidak

4.1. Apakah memiliki hasil pemeriksaan tersebut?

Jika menjawab “Ya”, mohon melampirkan seluruh hasil pemeriksaan

TU	☐ Ya	☐ Tidak
TT1	☐ Ya	☐ Tidak
TT2	☐ Ya	☐ Tidak

5. Apakah (Calon) Tertanggung sudah sembuh total dari kondisi tersebut?

Jika menjawab “Tidak”, mohon mengisi tanggal, jenis dan hasil pemeriksaan

TU	☐ Ya	☐ Tidak
TT1	☐ Ya	☐ Tidak
TT2	☐ Ya	☐ Tidak

Sebutkan tanggal, jenis dan hasil pemeriksaan tersebut, serta jenis pengobatan/perawatan yang digunakan:

TU		TT1		TT2	
----	----------------------	-----	----------------------	-----	----------------------

6. Nama dan alamat lengkap dokter yang merawat/klinik/rumah sakit yang dikunjungi (jika ada):

TU		TT1		TT2	
----	----------------------	-----	----------------------	-----	----------------------

9. Selain dari yang telah dinyatakan oleh (Calon) Tertanggung kepada Kami, apakah (Calon) Tertanggung tersebut pernah dan/atau sedang melakukan pemeriksaan kesehatan tertentu (seperti laboratorium, radiologi, dan sebagainya), baik untuk tujuan *medical check-up*, atas anjuran dokter, atau atas inisiatif sendiri, dengan hasil pemeriksaan yang menunjukkan adanya temuan atau nilai di luar batas normal (kondisi abnormal), baik diketahui langsung oleh (Calon) Tertanggung maupun diinformasikan oleh tenaga medis?

TU	☐ Ya	☐ Tidak
TT1	☐ Ya	☐ Tidak
TT2	☐ Ya	☐ Tidak

Apakah (Calon) Tertanggung juga pernah dan/atau sedang dianjurkan untuk menjalani pemeriksaan kesehatan tertentu, atau sedang menunggu hasil pemeriksaan tersebut, yang tidak berkaitan dengan pengajuan asuransi ini?

Apakah (Calon) Tertanggung pernah dan/atau sedang mengalami keluhan kesehatan, didiagnosis suatu penyakit oleh dokter, atau menjalani pengobatan tertentu?

Seluruh pertanyaan di atas mencakup kondisi yang terjadi tanpa batasan waktu.

10. Apabila (Calon) Tertanggung menjawab “Ya” untuk pertanyaan nomor 9 di atas, mohon menjawab pertanyaan di bawah ini. Apabila melebihi kolom yang tersedia, mohon menuliskan jawabannya pada “Surat Pernyataan/Amendemen untuk SPAJ/SPAJT/Pengajuan Pelayanan Polis” dan dilampirkan bersama formulir ini.

1. Sebutkan nama tes atau pemeriksaan kesehatan tersebut:

TU		TT1		TT2	
----	----------------------	-----	----------------------	-----	----------------------

2. Kapan dilakukan tes atau pemeriksaan kesehatan tersebut? (Tgl/Bln/Thn)

TU		TT1		TT2	
----	----------------------	-----	----------------------	-----	----------------------

3. Apakah (Calon) Tertanggung pernah dan/atau sedang melakukan tes atau pemeriksaan serupa?

TU	☐ Ya	☐ Tidak
TT1	☐ Ya	☐ Tidak
TT2	☐ Ya	☐ Tidak

4. Nama dan alamat lengkap dokter yang merawat/klinik/rumah sakit yang dikunjungi (jika ada):

TU		TT1		TT2	
----	----------------------	-----	----------------------	-----	----------------------

11. Pertanyaan Khusus Wanita

Apakah saat ini (Calon) Tertanggung sedang hamil?

Jika menjawab “Ya”, mohon mengisi pertanyaan di bawah ini

TU	☐ Ya	☐ Tidak
TT1	☐ Ya	☐ Tidak
TT2	☐ Ya	☐ Tidak



	TU	TT1	TT2
Apakah pernah dan/atau sedang ada komplikasi dan/atau masalah yang terdiagnosis dengan kehamilan (Calon) Tertanggung saat ini? (contoh: Pra-eklampsia/Infeksi Saluran Kemih/Diabetes Mellitus pada Kehamilan, dll). Jika Ya, Mohon jelaskan komplikasi dan/atau masalah kehamilan yang terdiagnosis atau dimiliki:	TU ☐ Ya ☐ Tidak	TT1 ☐ Ya ☐ Tidak	TT2 ☐ Ya ☐ Tidak
Apakah usia kehamilan (Calon) Tertanggung lebih dari 28 (dua puluh delapan) minggu?	TU ☐ Ya ☐ Tidak	TT1 ☐ Ya ☐ Tidak	TT2 ☐ Ya ☐ Tidak
12. Pertanyaan Khusus Anak-anak dengan usia sebenarnya kurang dari 2 (dua) tahun Apakah berat badan waktu lahir kurang dari atau sama dengan 2.500 gram?	TU ☐ Ya ☐ Tidak		
13. Apakah (Calon) Tertanggung telah divaksinasi (Imunisasi) dasar yang meliputi Campak, Polio, BCG, DPT-HB-Hib dan Hepatitis B sesuai standar usia?	TU ☐ Ya ☐ Tidak		
14. Apakah (Calon) Tertanggung pernah (tanpa batasan waktu) dan/atau sedang memiliki, diberitahu memiliki, atau menerima pengobatan untuk kelainan berikut: Gangguan fisik/perkembangan/ketidaknormalan tinggi dan berat badan/ketidaknormalan/kelahiran prematur/ gangguan penglihatan/pendengaran/bicara/kelemahan otot/hidrosefalus (Penumpukan cairan Otak) yang berlebihan/ kelainan turunan/kelainan bawaan?	TU ☐ Ya ☐ Tidak		

III. Data Kepemilikan Asuransi Atas Diri Tertanggung (Kolom ini wajib diisi apabila Pemegang Polis mengajukan Perubahan Mayor/Pemulihan Polis)

Apakah (Calon) Tertanggung juga sebagai Tertanggung pada Polis lain di PT Prudential Life Assurance dan/atau perusahaan asuransi jiwa lain? ☐ Ya ☐ Tidak

Jika Ya, wajib mengisi kolom di bawah. Apabila jawabannya melebihi kolom yang tersedia, mohon menuliskan jawabannya pada "Surat Pernyataan/Amendemen untuk SPAJ/SPAJT/Pengajuan Pelayanan Polis" dan dilampirkan bersama formulir ini.

Calon Tertanggung			Tipe Asuransi** (1-6)	Nama Perusahaan										Jenis Mata Uang		Uang Pertanggung										Polis Substandard****	
TU	TT1	TT2												Rp	USD											Ya	Tidak

* Apabila di kemudian hari diketahui bahwa (Calon) Tertanggung telah memiliki polis asuransi yang diterbitkan oleh perusahaan asuransi jiwa lain selain Prudential Indonesia sebelum formulir ini ditandatangani oleh Calon Pemegang Polis dan (Calon) Tertanggung serta disetujui oleh Prudential Indonesia, maka Prudential Indonesia berhak untuk melakukan peninjauan kembali atas keputusan pertanggung terhadap SPAJ ini.

** Diisi sesuai jenis Tipe Asuransi: 1.Meninggal 2.Kecelakaan 3.Kondisi Penyakit Kritis 4.Rawat Inap Harian 5***.Rawat Inap dengan Koordinasi manfaat 6.Lainnya

*** Jika Tertanggung juga memiliki asuransi kesehatan dari perusahaan asuransi jiwa lainnya yang memberikan pertanggungan sejenis bagi Penyakit, Cedera atau Ketidakmampuan, atau juga mendapatkan penggantian atas segala biaya perawatan atas Penyakit, Cedera atau Ketidakmampuan dari perusahaan manapun yang dipertanggung dalam Polis ini, maka pada waktu terjadi klaim, Anda wajib menyampaikan surat koordinasi manfaat yang diterbitkan dan ditandatangani oleh pejabat yang berwenang dari perusahaan asuransi jiwa atau perusahaan lain tersebut, dan Kami hanya akan membayarkan biaya yang tersisa sampai maksimum jumlah yang dipertanggung berdasarkan Polis ini, setelah dikurangi jumlah total dari seluruh manfaat asuransi yang telah dibayarkan oleh perusahaan asuransi jiwa lain atau dari semua penggantian yang telah dibayarkan oleh perusahaan manapun atas segala biaya perawatan untuk Penyakit, Cedera dan Ketidakmampuan tersebut.

**** Polis Substandard adalah Polis yang pengajuan asuransi jiwa/kesehatan atas diri (Calon) Tertanggung dapat diterima dengan Premi khusus atau terdapat pengecualian atau dapat ditolak/ditanggungkan.

IV. Pernyataan Mengenai Iktikad Terbaik Pengajuan Asuransi Jiwa, Pemulihan atau Perubahan Mayor Polis (UTMOST GOOD FAITH)

Harap dibaca dengan teliti sebelum menandatangani Formulir ini

1. (Calon) Pemegang Polis, (Calon) Tertanggung Utama, (Calon) Tertanggung Tambahan 1, (Calon) Tertanggung Tambahan 2, dan/atau Pembayar Premi, (selanjutnya disebut "SAYA/KAMI") memahami bahwa SAYA/KAMI memiliki kewajiban untuk bertindak dengan iktikad terbaik (*utmost good faith*) dalam setiap pengajuan Asuransi Jiwa, Pemulihan atau Perubahan Mayor Polis. Oleh karena itu, SAYA/KAMI memahami bahwa SAYA/KAMI wajib mengungkapkan secara benar dan lengkap semua fakta material, yaitu data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan fakta ("Informasi Konsumen") yang dapat memengaruhi pertimbangan Prudential Indonesia dalam menerima atau menolak pengajuan tersebut dan/atau menetapkan jumlah Premi.

2. SAYA/KAMI menyatakan dan menjamin bahwa semua Informasi Konsumen yang SAYA/KAMI berikan dalam Formulir ini, serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang disyaratkan oleh Prudential Indonesia ("Dokumen Permohonan") sebagai bagian dari pengajuan Asuransi Jiwa, Pemulihan atau Perubahan Mayor Polis adalah lengkap, benar, akurat, terkini, sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan konsisten antara satu dengan lainnya, dan tidak ada Informasi Konsumen yang SAYA/KAMI sembunyikan, baik dengan sengaja maupun tidak sengaja. Apabila suatu Informasi Konsumen tersebut ternyata tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini, tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya, atau terdapat suatu Informasi Konsumen yang SAYA/KAMI sembunyikan, dengan menandatangani Formulir ini, SAYA/KAMI **SEPAKAT DAN MENYETUJUI** jika Prudential Indonesia melakukan hal-hal berikut ini:

a) Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;

- b) Membatalkan Polis (baik secara keseluruhan atau terbatas pada Asuransi Tambahan, jika diadakan) dengan pengembalian Premi (atau Biaya Asuransi dari Asuransi Dasar dan Asuransi Tambahan, jika diadakan) yang telah dibayarkan setelah dikurangi dengan biaya internal pemeriksaan kesehatan, Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan dan biaya-biaya yang timbul pada saat penerbitan Polis (jika ada);
 - c) Mengakhiri Polis (baik secara keseluruhan atau terbatas pada Asuransi Tambahan, jika diadakan), tanpa kewajiban untuk mengembalikan Premi (atau Biaya Asuransi dari Asuransi Dasar dan Asuransi Tambahan, jika diadakan), apabila terdapat unsur penipuan, pemalsuan, atau kesalahan yang disengaja dalam pemberian setiap Informasi Konsumen yang tercantum dalam Dokumen Permohonan, atau apabila terdapat penyembunyian suatu Informasi Konsumen yang sebenarnya dalam Dokumen Permohonan. Atas pengakhiran tersebut, SAYA/KAMI juga menyetujui bahwa Prudential Indonesia hanya akan membayarkan nilai yang setara dengan Nilai Penebusan atau Nilai Tunai (jika ada) sesuai dengan ketentuan Polis;
 - d) Melakukan penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), dan menambahkan syarat dan ketentuan tambahan dalam Polis (baik Asuransi Dasar dan/atau Asuransi Tambahan, jika diadakan), termasuk menambahkan risiko yang dikecualikan dari Polis, menyesuaikan Uang Pertanggungan, dan/atau menyesuaikan jumlah Premi dan/atau Biaya Asuransi yang harus dibayar; dan/atau
 - e) Menagih kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), jumlah Premi dan/atau Biaya Asuransi yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. Prudential Indonesia juga berhak untuk melakukan perjumpaan (*set-off*) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan Nilai Tunai yang ada dalam Polis SAYA/KAMI (jika ada) dan/atau Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan. Atas hal tersebut, SAYA/KAMI wajib membayarkan (jika ada) kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi tersebut.
3. Sehubungan dengan klausul pembatalan atau pengakhiran Polis sebagaimana disebutkan di atas, SAYA/KAMI dengan ini menegaskan bahwa:
- a) Penandatanganan Formulir ini oleh SAYA/KAMI merupakan **bentuk persetujuan atas pembatalan atau pengakhiran Polis oleh Prudential Indonesia** jika terjadi hal-hal yang dimaksud dalam butir 2 di atas; dan
 - b) SAYA/KAMI setuju untuk mengesampingkan ketentuan Pasal 1266 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata dan/atau ketentuan peraturan perundang-undangan lainnya yang mensyaratkan pengakhiran atau pembatalan Polis harus dilakukan berdasarkan putusan pengadilan.

Pernyataan (Harap dibaca dengan teliti sebelum menandatangani Formulir Data Kesehatan dan Hobi (Calon) Tertanggung untuk (Calon) Pemegang Polis Perorangan (Badan Usaha))

Yang bertanda tangan di bawah ini, Pihak Berwenang yang bertindak untuk dan atas nama (Calon) Pemegang Polis, bersama-sama dengan Tertanggung (Pihak Berwenang dengan Tertanggung selanjutnya secara bersama-sama disebut sebagai "SAYA") dengan ini menyatakan telah memahami dan menyetujui hal-hal sebagai berikut:

1. SAYA sendiri yang menandatangani Formulir ini setelah terisi lengkap dan benar.
2. Semua keterangan yang diberikan di dalam Formulir ini adalah benar telah SAYA tuliskan dan tidak ada keterangan maupun hal-hal lain yang SAYA sembunyikan.
3. Seluruh informasi yang tertera di dalam Formulir ini adalah benar dan dibuat atas keinginan dan persetujuan SAYA. Segala risiko yang timbul termasuk yang diakibatkan karena Formulir ini ditandatangani dalam keadaan kosong/belum terisi lengkap menjadi tanggung jawab SAYA.
4. Apabila ternyata (Calon) Tertanggung melakukan pemeriksaan kesehatan tanpa adanya pemberitahuan ke Penanggung atau mengajukan klaim sebelum pengajuan ini disetujui, dimana hasil pemeriksaan atau data klaim tersebut dapat memengaruhi/mengubah keputusan *underwriting* (Penilaian Risiko) dan/atau apabila terdapat keterangan, pernyataan atau pemberitahuan yang disampaikan ternyata keliru atau berbeda atau berubah yang sifatnya sedemikian rupa sehingga dapat menyebabkan penolakan setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan, pembatalan atau pengakhiran Polis, keputusan *underwriting* (penilaian risiko) yang berbeda, dan/atau penagihan kekurangan Premi sebagaimana diatur dalam ketentuan Polis.
5. SAYA dan/atau (Calon) Tertanggung dan/atau Calon Penerima Manfaat yang diwakilkan oleh SAYA, dengan ini memberikan kuasa dan izin kepada:
 - (i) Penanggung untuk memperoleh, mengumpulkan, mengolah, menganalisis, menyimpan, memperbaiki, melakukan pembaruan, menampilkan, mengumumkan, mentransfer, menyebarluaskan, mengungkapkan, menghapus atau memusnahkan data pribadi sesuai prinsip perlindungan Data Pribadi ("Pemrosesan Data Pribadi") terkait riwayat kesehatan, dan riwayat keuangan (Calon) Tertanggung atau informasi lain mengenai diri Calon Tertanggung sejak pengajuan SPAJ sampai dengan pengajuan klaim dari setiap tenaga medis, rumah sakit, klinik, puskesmas, laboratorium, perusahaan asuransi, perusahaan reasuransi, lembaga/perusahaan di bidang jasa keuangan maupun layanan informasi keuangan, badan, instansi/lembaga, Perusahaan tempat SAYA dan/atau Tertanggung bekerja atau pihak lain yang mempunyai catatan/informasi riwayat kesehatan, catatan/informasi keuangan, atau informasi lain mengenai diri (Calon) Tertanggung sejak periode pengajuan SPAJ sampai hingga periode pengajuan klaim; dan
 - (ii) Setiap tenaga medis, rumah sakit, klinik, puskesmas, laboratorium, perusahaan asuransi, perusahaan reasuransi, lembaga/perusahaan di bidang jasa keuangan maupun layanan informasi keuangan, badan, instansi/Lembaga, koperasi, atau pihak lain yang mempunyai catatan riwayat kesehatan, catatan/informasi keuangan, atau informasi lain mengenai diri (Calon) Tertanggung untuk mengungkapkan atau memberikan kepada Penanggung semua catatan riwayat kesehatan, atau perawatan, atau catatan/informasi keuangan, atau informasi lain mengenai diri Calon Tertanggung.

Pemberian kuasa ini tidak dapat ditarik kembali atau dibatalkan dan tetap berlaku pada waktu (Calon) Tertanggung masih hidup maupun sesudah meninggal dunia, maupun oleh sebab-sebab yang 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.

SAYA telah membaca seluruh halaman pada Formulir ini dan menyetujui semua yang tercantum pada Formulir ini. 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 dan Nama Jelas (Calon) Pemegang Polis Perorangan sesuai dengan kartu identitas diri yang dilampirkan

Tanda Tangan dan Nama Jelas Pihak Berwenang dari/ yang Ditunjuk oleh (Calon) Pemegang Polis Badan Usaha sesuai kartu identitas diri yang dilampirkan



Tanda Tangan dan Nama Jelas (Calon) Pembayar Premi (jika berbeda dengan (Calon) Pemegang Polis/Tertanggung Utama/Tertanggung Tambahan 1 dan Tertanggung Tambahan 2 sesuai dengan kartu identitas diri yang dilampirkan

Tanda Tangan dan Nama Jelas (Calon) Tertanggung Utama jika berusia lebih dari 17 tahun (usia sebenarnya)

Tanda Tangan dan Nama Jelas (Calon) Tertanggung Tambahan 1 jika berusia lebih dari 17 tahun (usia sebenarnya)

Tanda Tangan dan Nama Jelas (Calon) Tertanggung Tambahan 2 jika berusia lebih dari 17 tahun (usia sebenarnya)

Tanda Tangan Orang Tua (Calon) Tertanggung apabila (Calon) Tertanggung berusia di bawah 21 tahun (usia sebenarnya)

Disaksikan oleh:

Tanda Tangan dan Nama Jelas Tenaga Pemasar

Kode Tenaga Pemasar

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

