



FORMULIR PEMULIHAN POLIS NON SYARIAH/SYARIAH UNTUK PEMEGANG POLIS INDIVIDU

- Mohon mengisi dengan menggunakan tinta hitam, huruf cetak, jelas dan memberi tanda ✓ pada kolom yang sesuai.
- Jika terjadi salah penulisan, jangan dihapus tetapi dicoret dan bubuhkan tanda tangan Pemegang Polis di sebelahnya sesuai dengan kartu identitas diri yang dilampirkan.
- Untuk mempercepat proses pemulihan Polis, wajib mengisi Formulir ini secara lengkap dan menyertakan seluruh persyaratan yang tertera pada Formulir ini.
- Mohon tidak menandatangani Formulir ini dalam keadaan kosong dan pastikan semua pertanyaan telah diisi dengan lengkap dan benar sebelum menandatangani.

Tanggal Pengajuan : - - Tanggal Pembayaran : - - (wajib melampirkan bukti pembayaran)
 Nomor Polis : Jumlah Pembayaran : Rp USD
 Nama Pemegang Polis :

I. DATA TERTANGGUNG/PESERTA

	Tertanggung/Peserta Utama	Tertanggung/Peserta Tambahan 1	Tertanggung/Peserta Tambahan 2
a. Nama Lengkap :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b. Tinggi/Berat Badan :	<input type="text"/> Cm <input type="text"/> Kg	<input type="text"/> Cm <input type="text"/> Kg	<input type="text"/> Cm <input type="text"/> Kg
c. Pekerjaan Saat Ini :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d. Uraian Pekerjaan :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

II. DATA KESEHATAN DAN HOBI

Isi seluruh pertanyaan 1-7 dengan memberi tanda ✓ pada kolom yang sesuai serta mengisi seluruh pertanyaan dengan lengkap dan benar. Pertanyaan di bawah ini adalah kondisi Tertanggung/Peserta Utama (TU/PU), Tertanggung/Peserta Tambahan 1 (TT/PT 1) dan Tertanggung/Peserta Tambahan 2 (TT/PT 2) sampai dengan saat pemulihan Polis ini diajukan. Apabila terdapat jawaban "Ya", mohon memberikan penjelasan pada kolom yang tersedia di bagian bawah halaman ini. Apabila jawaban melebihi kolom yang tersedia, mohon menuliskan jawabannya pada "Surat Pernyataan/Amandemen Untuk Surat Pengajuan Asuransi Jiwa (SPAJ)/Surat Pengajuan Asuransi Jiwa Tambahan (SPAJT)/Pengajuan Pelayanan Polis" dan dilampirkan bersama Formulir ini.

1. Perilaku Merokok/Tidak Merokok: (beri tanda ✓ pada pilihan a-g)	TU/PU	TT/PT 1	TT/PT 2
a) Harian	a) <input type="checkbox"/>	a) <input type="checkbox"/>	a) <input type="checkbox"/>
b) Mingguan	b) <input type="checkbox"/>	b) <input type="checkbox"/>	b) <input type="checkbox"/>
c) Bulanan	c) <input type="checkbox"/>	c) <input type="checkbox"/>	c) <input type="checkbox"/>
Apabila merokok (Harian/Mingguan/Bulanan), sebutkan jumlah batang per hari:			
TU/PU: <input type="checkbox"/> 1-20 batang <input type="checkbox"/> 21-30 batang <input type="checkbox"/> > 30 batang			
TT/PT 1: <input type="checkbox"/> 1-20 batang <input type="checkbox"/> 21-30 batang <input type="checkbox"/> > 30 batang			
TT/PT 2: <input type="checkbox"/> 1-20 batang <input type="checkbox"/> 21-30 batang <input type="checkbox"/> > 30 batang			
d) Sudah berhenti merokok ≤ 1 tahun yang lalu	d) <input type="checkbox"/>	d) <input type="checkbox"/>	d) <input type="checkbox"/>
e) Sudah berhenti merokok > 1 tahun yang lalu	e) <input type="checkbox"/>	e) <input type="checkbox"/>	e) <input type="checkbox"/>
Apabila sudah berhenti merokok (≤ 1 tahun / > 1 tahun), sebutkan alasannya: (pilihan dapat lebih dari satu)			
TU/ TT/ TT/ PU PT1PT2			
<input type="checkbox"/> Atas anjuran Dokter karena mengalami sakit tertentu, sebutkan: _____			
<input type="checkbox"/> Atas keinginan sendiri			
<input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan: _____			
f) Tidak pernah merokok	f) <input type="checkbox"/>	f) <input type="checkbox"/>	f) <input type="checkbox"/>
g) Lainnya, sebutkan: _____	g) <input type="checkbox"/>	g) <input type="checkbox"/>	g) <input type="checkbox"/>
2. Apakah Anda pernah berkonsultasi dengan dokter umum/spesialis termasuk melakukan pemeriksaan laboratorium/radiologis? Jika Ya, sebutkan nama dokter pemeriksa, kapan dan alasan pemeriksaan, diagnosa dan pemeriksaan yang dilakukan dan bagaimana hasil dan kondisinya saat ini. (Jika ada, mohon melampirkan fotokopi hasil pemeriksaan)	TU/PU <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	TT/PT 1 <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	TT/PT 2 <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
3. Apakah Anda pernah atau sedang dirawat inap di rumah sakit? Jika Ya, sebutkan nama dokter dan rumah sakit tempat Anda dirawat, kapan dan alasan mengapa Anda dirawat, jenis pengobatan, dan apakah masih menjalani perawatan/pengobatan sampai sekarang?	TU/PU <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	TT/PT 1 <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	TT/PT 2 <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
4. Apakah Anda pernah mengalami kecelakaan atau cacat jasmani? Jika Ya, mohon dijelaskan.	TU/PU <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	TT/PT 1 <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	TT/PT 2 <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
5. Apakah ada penyakit atau kondisi medis lainnya yang mungkin perlu pengobatan, yang belum tercakup di pertanyaan no. 2 s.d 4? Jika Ya, mohon dijelaskan.	TU/PU <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	TT/PT 1 <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	TT/PT 2 <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
6. Apakah pengajuan asuransi jiwa Anda pada perusahaan asuransi jiwa lain ada yang pernah ditangguhkan atau ditolak atau diterima dengan tingkat Premi/Kontribusi khusus? Jika Ya, sebutkan alasannya.	TU/PU <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	TT/PT 1 <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	TT/PT 2 <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
7. Apakah Anda memiliki hobi atau sewaktu-waktu melakukan kegiatan yang berisiko tinggi atau Anda masih aktif dalam pekerjaan berisiko tinggi yang disebutkan berikut ini: Menyelam, Olahraga Air selain Menyelam, Caving & Potholing, Terjun Payung, Paralayang, Panjat Tebing/Mendaki Gunung, Microlighting, Balap motor/mobil, Penerbangan, Minyak dan Gas Bumi, Pertambangan, Angkatan Bersenjata, Nelayan, Kelautan, Penggunaan alat pemotong kayu bertenaga listrik besar. Jika Ya, tuliskan di bawah dan mohon mengisi kuesioner sesuai hobi/kegiatan/pekerjaan tersebut.	TU/PU <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	TT/PT 1 <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	TT/PT 2 <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak

Untuk setiap jawaban "Ya" pada pertanyaan di atas, mohon dapat dijelaskan pada kolom di bawah ini sesuai nomor pertanyaan:

Tertanggung/Peserta Utama	Tertanggung/Peserta Tambahan 1	Tertanggung/Peserta Tambahan 2
---------------------------	--------------------------------	--------------------------------

III. PERSYARATAN DAN KETENTUAN PEMULIHAN POLIS NON SYARIAH/SYARIAH UNTUK PEMEGANG POLIS INDIVIDU

Persyaratan/Dokumen yang harus diserahkan ke Kantor Pusat PT Prudential Life Assurance ("Prudential"):

1. Formulir Pemulihan Polis Non Syariah/Syariah untuk Pemegang Polis Individu ("Formulir") asli yang telah diisi lengkap dan jelas serta ditandatangani oleh Pemegang Polis dan Tertanggung/Peserta, dengan kondisi:
 - Tanda tangan Pemegang Polis dan Tertanggung/Peserta harus sama dengan spesimen tanda tangan yang terdapat pada SPAJ, atau Kartu Tanda Penduduk (KTP) yang berlaku, atau Formulir Perubahan Tanda Tangan (jika pernah mengajukan perubahan tanda tangan) yang terakhir diajukan dan telah disetujui untuk diproses.
 - Tanggal pengajuan pada Formulir tidak boleh lebih dari 30 hari sejak tanggal dokumen diterima di Kantor Pusat Prudential.
2. Fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP) yang masih berlaku atas nama Pemegang Polis dan Tertanggung/Peserta (jika berusia ≥ 17 tahun).
3. Bukti pembayaran Premi/Kontribusi pemulihan Polis.
4. Formulir Data Kesehatan dan Hobi untuk Pemegang Polis Individu (jika Polis tidak aktif (*lapsed*) > 1 (satu) tahun dan/atau Polis memiliki manfaat **PRU** *early stage crisis cover/PRU* *early stage crisis cover plus/PRU* *early stage crisis cover syariah/PRU* *early stage crisis cover syariah plus/PRU* *early stage payor/PRU* *early stage parent payor/PRU* *early stage spouse payor* dan terdapat riwayat klaim atas Tertanggung/Peserta, atau Polis **PRU** *mychild* (khusus untuk pengajuan pemulihan Polis yang pertama kali diajukan)).
5. Formulir Pembayar Premi/Kontributor (jika Polis tidak aktif (*lapsed*) > 1 (satu) tahun).
6. Hasil pemeriksaan kesehatan sesuai persyaratan dan ketentuan seleksi risiko (*underwriting*), jika diperlukan.

Ketentuan:

1. Batas maksimum usia Tertanggung/Peserta pada saat dilakukannya pemulihan Polis adalah sesuai dengan jenis pertanggungan pada masing-masing Polis.
2. Batas maksimum status Polis tidak aktif (*lapsed*) yang dapat dipulihkan adalah sesuai dengan ketentuan pada masing-masing kontrak Polis.
3. Melunasi seluruh Premi/Kontribusi tertunggak dengan ketentuan:
 - a) Polis *Unit Link*: tidak dikenakan bunga atas tunggakan Premi/Kontribusi.
 - b) Polis *Non Unit Link*/tradisional:
 - Jika pengajuan pemulihan telah melebihi 6 (enam) bulan sejak tanggal jatuh tempo pembayaran Premi/Kontribusi yang terakhir, maka Polis akan dikenakan bunga pemulihan atas sejumlah Premi/Kontribusi tertunggak yang dihitung sejak Polis tidak aktif (*lapsed*) sampai dengan diterimanya pengajuan pemulihan Polis.
 - Jika terdapat hutang pinjaman Premi/Kontribusi otomatis (*Automatic Premium Loan*), maka hutang pinjaman Premi/Kontribusi otomatis tersebut harus dilunasi bersamaan dengan seluruh Premi/Kontribusi tertunggak ditambah bunga pemulihan (jika ada).
4. Pemulihan Polis akan disetujui sepanjang memenuhi ketentuan dan persyaratan yang berlaku di Prudential.
5. Dikenakan masa tunggu yang berlaku kembali sejak tanggal pemulihan Polis.
6. Formulir yang telah diterima oleh Prudential adalah bersifat final dan akan digunakan sebagai dasar pengajuan pemulihan Polis Non Syariah/Syariah untuk Pemegang Polis Individu.

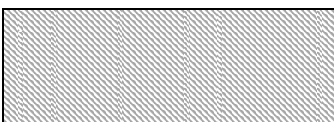
IV. PERNYATAAN PEMEGANG POLIS (Harap dibaca dengan teliti sebelum menandatangani Formulir Pemulihan Polis Non Syariah/Syariah untuk Pemegang Polis Individu)

Pemegang Polis (selanjutnya disebut "Saya") menyatakan bahwa Saya telah mengerti, memahami, dan menyetujui mengenai hal-hal yang tersebut di bawah ini:

1. Saya sendiri yang menandatangani Formulir ini setelah Formulir pemulihan ini 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. Segala risiko yang timbul termasuk yang diakibatkan karena Formulir ini ditandatangani dalam keadaan kosong/belum terisi lengkap menjadi tanggung jawab Saya.
3. Saya telah membaca seluruh persyaratan dan ketentuan yang terdapat pada Formulir ini.
4. Pemulihan Polis akan mengikuti dan melalui proses seleksi risiko (*underwriting*), di mana terdapat kemungkinan untuk diminta melakukan pemeriksaan kesehatan atau persyaratan lainnya.
5. Manfaat perlindungan asuransi jiwa tidak berlaku untuk segala kondisi yang dialami oleh Tertanggung/Peserta sebelum tanggal dimulainya pertanggungan asuransi tambahan atau sebelum tanggal pemulihan Polis yang terakhir, tergantung saat mana yang lebih akhir.
6. Apabila ternyata Saya dan/atau Tertanggung/Peserta melakukan pemeriksaan kesehatan atau mengajukan klaim sebelum pemulihan Polis disetujui tanpa adanya pemberitahuan ke Penanggung/Pengelola, di mana hasil pemeriksaan atau data pada klaim tersebut dapat memengaruhi/mengubah keputusan seleksi risiko (*underwriting*), maka pengajuan pemulihan Polis akan ditinjau ulang oleh Penanggung/Pengelola dan penilaian ulang tersebut dapat menyebabkan pembatalan pengajuan pemulihan Polis atau pembatalan Polis.
7. Apabila ditemukan ketidakbenaran dan/atau ketidaklengkapan pengisian Formulir Pemulihan Polis Non Syariah/Syariah untuk Pemegang Polis Individu, maka:
 - a) Apabila ketidakbenaran dan/atau ketidaklengkapan tersebut terjadi sebelum pertanggungan Polis diadakan, maka akan merujuk pada Ketentuan Umum Polis mengenai Dasar Pertanggungan.
 - b) Apabila ketidakbenaran dan/atau ketidaklengkapan tersebut terjadi setelah pertanggungan Polis diadakan namun sebelum pemulihan Polis terakhir disetujui, dan Penanggung/Pengelola tidak pernah menyatakan secara tertulis bahwa Penanggung/Pengelola setuju untuk mengesampingkan ketidakbenaran dan/atau ketidaklengkapan tersebut apabila diketahui setelah tanggal berlaku pemulihan Polis maka:
 - i. Pemulihan Polis tidak akan diadakan; atau
 - ii. Pemulihan Polis tidak akan diadakan dengan syarat/keputusan yang sama; atau
 - iii. Dikenakan suatu persyaratan tertentu ketika Penanggung/Pengelola melakukan penilaian atas risiko.
 - c) Dalam hal terjadi keadaan sebagaimana dimaksud pada butir (b) di atas, maka:
 - i. Apabila ketidakbenaran dan/atau ketidaklengkapan informasi, keterangan, atau pernyataan yang disampaikan oleh Pemegang Polis kepada Penanggung/Pengelola berkaitan dengan Asuransi Dasar pada pemulihan Polis, maka pemulihan Polis menjadi batal sejak pemulihan tersebut disetujui, Pemegang Polis bertanggung jawab atas kerugian dan biaya yang timbul dan Penanggung/Pengelola wajib mengembalikan Nilai Tunai (jika ada) serta Biaya Asuransi/luran *Tabarru'* dan Biaya Administrasi yang telah dibebankan dari Unit yang terbentuk sejak pemulihan Polis disetujui.
 - ii. Apabila ketidakbenaran dan/atau ketidaklengkapan informasi, keterangan, atau pernyataan yang disampaikan oleh Pemegang Polis kepada Penanggung/Pengelola berkaitan dengan Asuransi Tambahan pada pemulihan Polis, maka Asuransi Tambahan tersebut akan dibatalkan dan Penanggung/Pengelola tidak berkewajiban untuk mengembalikan apapun.
 - d) Apabila hal sebagaimana dimaksud dalam butir (a) dan (b) baru diketahui setelah dilakukan pembayaran Manfaat Asuransi Dasar dan/atau Asuransi Tambahan, maka Pemegang Polis wajib untuk mengembalikan kepada Penanggung/Pengelola Manfaat Asuransi yang telah diterima, sesuai Ketentuan Umum Polis mengenai Dasar Pertanggungan.
 - e) Pengembalian Manfaat Asuransi harus dikembalikan kepada Penanggung/Pengelola tanpa perlu memperhatikan apakah Tertanggung/Peserta masih hidup atau telah meninggal dunia.
 - f) Dalam hal Pemegang Polis telah meninggal dunia, pengembalian Manfaat Asuransi sebagaimana dimaksud dalam butir (e) di atas wajib dilakukan oleh Penerima Manfaat atau pihak lain yang menerima Manfaat Asuransi sebagaimana diatur dalam Polis.
8. Dalam hal Pemegang Polis dan/atau Tertanggung/Peserta memiliki Polis lain di Prudential ("Polis Prudential") dan data Pemegang Polis dan/atau Tertanggung/Peserta berbeda dengan data terbaru pada Formulir Pemulihan ini (tidak termasuk data nama), maka Saya setuju bahwa Penanggung/Pengelola dapat mengganti data Polis Prudential dengan data yang tertera pada Formulir ini.
9. Penanggung/Pengelola 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, termasuk memberikannya kepada pihak ketiga sepanjang dianggap perlu oleh Penanggung/Pengelola dalam rangka memberikan pelayanan atas Polis, atau untuk tujuan lain seperti informasi produk dan layanan terbaru sehubungan dengan pertanggungan Saya berdasarkan Polis, dengan tunduk pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.
10. Penanggung/Pengelola dapat menghubungi Saya untuk menyampaikan informasi mengenai Polis, informasi terkait produk, atau layanan Prudential. Dalam hal informasi tersebut diberikan melalui *Short Message Service (SMS)* Saya menyetujui bahwa SMS tersebut dapat dikirim baik pada atau di luar hari/jam kerja.
11. Dengan ini Saya dan/atau Tertanggung/Peserta memberikan kuasa kepada Dokter, klinik/laboratorium, rumah sakit, perusahaan asuransi, instansi lain atau perorangan yang mempunyai catatan/keterangan tentang diri Saya dan/atau Tertanggung/Peserta berhubungan dengan riwayat kesehatan, penyakit, atau perawatan Saya dan/atau Tertanggung/Peserta untuk diberikan kepada Penanggung/Pengelola atau petugas yang ditunjuk oleh Penanggung/Pengelola. Kuasa ini tidak berakhir apabila tidak ada permintaan pembatalan dari Saya, maupun oleh sebab-sebab yang disebutkan dalam Pasal 1813, Pasal 1814, dan Pasal 1816 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata Indonesia. Salinan kuasa ini berlaku sama kuat dengan aslinya.

Pemulihan Polis hanya akan diproses apabila ditandatangani dengan menggunakan pulpen.

Tanda Tangan Pemegang Polis *)



Tanda Tangan Tertanggung/
Peserta Utama *)



Tanda Tangan Tertanggung/
Peserta Tambahan 1 *)



Tanda Tangan Tertanggung/
Peserta Tambahan 2 *)



*) Tanda tangan sesuai spesimen tanda tangan yang terdapat pada Surat Pengajuan Asuransi Jiwa (SPAJ), atau Kartu Tanda Penduduk (KTP), atau Formulir Perubahan Tanda Tangan. Khusus Tertanggung/Peserta di bawah usia 21 tahun, tanda tangan oleh Pemegang Polis.