



## Formulir Pengajuan Calon Tertanggung Tambahan untuk Pemegang Polis Perorangan

- Wajib diisi dengan tulisan tangan menggunakan PULPEN, TINTA WARNA HITAM, HURUF CETAK, JELAS dan/atau memberikan tanda ✓ pada kolom sesuai perubahan yang diajukan.
- 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 pengajuan, 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.

- Untuk pengajuan Perubahan Mayor:  Penambahan Calon Tertanggung Tambahan 1  
 Penambahan Calon Tertanggung Tambahan 2

### I. Data Polis

1. Nomor Polis:

2. Nama Pemegang Polis: (Sesuai Kartu Identitas Diri)

3. Tertanggung Utama (TU):

### II. Data Calon Tertanggung Tambahan

Berikan tanda ✓ pada kotak sebagai indikator bagi Calon Tertanggung Tambahan. Tidak perlu diisi jika Pemegang Polis adalah Calon Tertanggung Tambahan.

Calon Tertanggung Tambahan 1 (TT1)  
 (Diisi jika mengajukan Penambahan Calon Tertanggung Tambahan 1)

1. Hubungan Pemegang Polis dengan Calon Tertanggung Tambahan 1 adalah:

- Suami  Orang Tua Kandung (Ayah/Ibu)  
 Istri  Anak  
 Lainnya: \_\_\_\_\_

2. Nama Lengkap (Sesuai Identitas Diri)

  


3. Tanggal Lahir (Tgl/Bln/Thn) Negara Kelahiran

  Indonesia  Lainnya: \_\_\_\_\_

Kota Tempat Lahir

4. Status Pernikahan Jenis Kelamin

Belum Menikah  Menikah  Duda/Janda  Pria  Wanita

5. Agama  Islam  Kristen  Katolik

Hindu  Budha  Lainnya: \_\_\_\_\_

6. Pendidikan Formal Saat Ini/Terakhir

Tidak/belum sekolah  SD  SMP  
 SMU  Akademi/Kejuruan  Universitas

7. No. Kartu Identitas Diri

Berlaku s/d (Tgl/Bln/Thn)

  Seumur Hidup

Kewarganegaraan  Indonesia  Lainnya: \_\_\_\_\_

8. NPWP  Tidak Ada

(Disarankan diisi untuk mengantisipasi adanya perubahan peraturan perpajakan yang mungkin terjadi dikemudian hari)

Calon Tertanggung Tambahan 2 (TT2)  
 (Diisi jika mengajukan Penambahan Calon Tertanggung Tambahan 2)

1. Hubungan Pemegang Polis dengan Calon Tertanggung Tambahan 2 adalah:

- Suami  Orang Tua Kandung (Ayah/Ibu)  
 Istri  Anak  
 Lainnya: \_\_\_\_\_

2. Nama Lengkap (Sesuai Identitas Diri)

  


3. Tanggal Lahir (Tgl/Bln/Thn) Negara Kelahiran

  Indonesia  Lainnya: \_\_\_\_\_

Kota Tempat Lahir

4. Status Pernikahan Jenis Kelamin

Belum Menikah  Menikah  Duda/Janda  Pria  Wanita

5. Agama  Islam  Kristen  Katolik

Hindu  Budha  Lainnya: \_\_\_\_\_

6. Pendidikan Formal Saat Ini/Terakhir

Tidak/belum sekolah  SD  SMP  
 SMU  Akademi/Kejuruan  Universitas

7. No. Kartu Identitas Diri

Berlaku s/d (Tgl/Bln/Thn)

  Seumur Hidup

Kewarganegaraan  Indonesia  Lainnya: \_\_\_\_\_

8. NPWP  Tidak Ada

(Disarankan diisi untuk mengantisipasi adanya perubahan peraturan perpajakan yang mungkin terjadi dikemudian hari)

**9. Nama Perusahaan Tempat Bekerja**

**10. Alamat Kantor**  Indonesia  Lainnya: \_\_\_\_\_

**RT**  **Kelurahan**   
**RW**  **Kecamatan**   
**KM**  **Kota**   
**Kode Pos**  **Provinsi**

**11. No. Tel. Kantor**  Indonesia  Lainnya: \_\_\_\_\_  
 —

**12. Alamat Tempat Tinggal Terkini**  
 Indonesia  Lainnya: \_\_\_\_\_

**RT**  **Kelurahan**   
**RW**  **Kecamatan**   
**KM**  **Kota**   
**Kode Pos**  **Provinsi**

**13. No. HP GSM**  Indonesia  Lainnya: \_\_\_\_\_  
 —

**No. Tel. Rumah**  Indonesia  Lainnya: \_\_\_\_\_  
 —

**14. Sumber Penghasilan Rutin Per Bulan**  
 Gaji  Komisi  Orang Tua\*  Laba Perusahaan  
 Bonus  Penghasilan Suami/Istri  Tidak Berpenghasilan  
 Investasi: \_\_\_\_\_  Bisnis Pribadi: \_\_\_\_\_  
 Lainnya: \_\_\_\_\_ \*Mohon mengisi Formulir (Calon) Pembayar Premi

**15. Total Penghasilan Rutin Per Bulan**  
 (Silakan melihat Daftar Kode pada halaman 4/4, untuk pilihan total penghasilan rutin per bulan, dan mengisi sesuai kode nomor tersebut)

**16. E-mail**

**9. Nama Perusahaan Tempat Bekerja**

**10. Alamat Kantor**  Indonesia  Lainnya: \_\_\_\_\_

**RT**  **Kelurahan**   
**RW**  **Kecamatan**   
**KM**  **Kota**   
**Kode Pos**  **Provinsi**

**11. No. Tel. Kantor**  Indonesia  Lainnya: \_\_\_\_\_  
 —

**12. Alamat Tempat Tinggal Terkini**  
 Indonesia  Lainnya: \_\_\_\_\_

**RT**  **Kelurahan**   
**RW**  **Kecamatan**   
**KM**  **Kota**   
**Kode Pos**  **Provinsi**

**13. No. HP GSM**  Indonesia  Lainnya: \_\_\_\_\_  
 —

**No. Tel. Rumah**  Indonesia  Lainnya: \_\_\_\_\_  
 —

**14. Sumber Penghasilan Rutin Per Bulan**  
 Gaji  Komisi  Orang Tua\*  Laba Perusahaan  
 Bonus  Penghasilan Suami/Istri  Tidak Berpenghasilan  
 Investasi: \_\_\_\_\_  Bisnis Pribadi: \_\_\_\_\_  
 Lainnya: \_\_\_\_\_ \*Mohon mengisi Formulir (Calon) Pembayar Premi

**15. Total Penghasilan Rutin Per Bulan**  
 (Silakan melihat Daftar Kode pada halaman 4/4, untuk pilihan total penghasilan rutin per bulan, dan mengisi sesuai kode nomor tersebut)

**16. E-mail**

**III. Pernyataan Pemegang Polis** (Harap dibaca dengan teliti sebelum menandatangani Formulir ini)

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

1. Semua keterangan yang SAYA berikan di dalam Formulir ini dan keterangan lain yang SAYA berikan kepada PT Prudential Life Assurance (selanjutnya disebut "Penanggung") atau Tenaga Pemasar atau kepada Pemeriksa Kesehatan yang ditunjuk oleh Penanggung dan/atau keterangan yang tertulis di dalam Kuesioner dan/atau dokumen lain yang menjadi kelengkapan dan tidak terpisahkan dari Formulir ini adalah benar dan tidak ada hal-hal lain yang SAYA sembunyikan, baik yang SAYA ketahui maupun tidak diketahui. Semua keterangan yang SAYA berikan di dalam Formulir ini (termasuk yang ditulis di dalam Surat Pernyataan/Amendemen untuk SPAJ/SPAJT/Pengajuan Pelayanan Polis) dan/atau Kuesioner (jika ada) dan yang disampaikan kepada Pemeriksa Kesehatan yang ditunjuk oleh Penanggung (jika ada) akan menjadi dasar bagi Penanggung dalam penambahan Calon Tertanggung Tambahan.

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 menanggukahkan 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. Aplikasi Pulse 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: sebagai:	<input type="checkbox"/> < 1 tahun	<input type="checkbox"/> 1 - 3 tahun	<input type="checkbox"/> 3 - 5 tahun	<input type="checkbox"/> > 5 tahun
	<input type="checkbox"/> Keluarga, sebutkan: _____	<input type="checkbox"/> Teman	<input type="checkbox"/> Referensi	<input type="checkbox"/> Lainnya: _____
	<input type="checkbox"/> Public Figure, sebutkan: _____			
Calon Tertanggung Tambahan 1 selama: sebagai:	<input type="checkbox"/> < 1 tahun	<input type="checkbox"/> 1 - 3 tahun	<input type="checkbox"/> 3 - 5 tahun	<input type="checkbox"/> > 5 tahun
	<input type="checkbox"/> Keluarga, sebutkan: _____	<input type="checkbox"/> Teman	<input type="checkbox"/> Referensi	<input type="checkbox"/> Lainnya: _____
	<input type="checkbox"/> Public Figure, sebutkan: _____			
Calon Tertanggung Tambahan 2 selama: sebagai:	<input type="checkbox"/> < 1 tahun	<input type="checkbox"/> 1 - 3 tahun	<input type="checkbox"/> 3 - 5 tahun	<input type="checkbox"/> > 5 tahun
	<input type="checkbox"/> Keluarga, sebutkan: _____	<input type="checkbox"/> Teman	<input type="checkbox"/> Referensi	<input type="checkbox"/> Lainnya: _____
	<input type="checkbox"/> Public Figure, sebutkan: _____			

2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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 ( <i>No Income</i> ) |
| 9. Rp 250 Juta s/d < Rp 500 Juta |   |