



Formulir Pemulihan Polis Khusus Produk PRULink Assurance Account, PRULink Syariah Assurance Account, PRULink Generasi Baru, PRULink Syariah Generasi Baru dan PRULink Universal Life Untuk Pemegang Polis Individu

- Wajib diisi dengan tulisan tangan menggunakan PULPEN, TINTA WARNA HITAM, HURUF CETAK, JELAS dan memberikan 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.

I. Data Polis

Nomor Polis

Tanggal Pengajuan (Tgl/BIn/Thn)

Nama Pemegang Polis

II. Data Tertanggung/Peserta (Yang Diasuransikan)

Tertanggung Utama/Peserta
Utama (Yang Diasuransikan)
(TU/PU)

a. Nama Lengkap

b. Tinggi (cm)

Berat (kg)

c. Pekerjaan saat ini

(Silakan melihat Daftar Kode pada halaman 5/5 untuk pilihan pekerjaan dan mengisi sesuai kode nomor tersebut)

(Jika memilih kode 31 pada halaman 5/5, sebutkan pekerjaan Anda)

d. Deskripsi Pekerjaan

Tertanggung Tambahan 1/Peserta
Tambahan 1 (Yang Diasuransikan)
(TT1/PT1)

a. Nama Lengkap

b. Tinggi (cm)

Berat (kg)

c. Pekerjaan saat ini

(Silakan melihat Daftar Kode pada halaman 5/5 untuk pilihan pekerjaan dan mengisi sesuai kode nomor tersebut)

(Jika memilih kode 31 pada halaman 5/5, sebutkan pekerjaan Anda)

d. Deskripsi Pekerjaan

Tertanggung Tambahan 2/Peserta
Tambahan 2 (Yang Diasuransikan)
(TT2/PT2)

a. Nama Lengkap

b. Tinggi (cm)

Berat (kg)

c. Pekerjaan saat ini

(Silakan melihat Daftar Kode pada halaman 5/5 untuk pilihan pekerjaan dan mengisi sesuai kode nomor tersebut)

(Jika memilih kode 31 pada halaman 5/5, sebutkan pekerjaan Anda)

d. Deskripsi Pekerjaan

III. Data Kesehatan dan Hobi

Isi seluruh pertanyaan 1-6 dengan memberi tanda ✓ pada kolom yang sesuai serta mengisi seluruh pertanyaan dengan lengkap dan benar. Pertanyaan di bawah ini adalah kondisi Tertanggung Utama/Peserta Utama (Yang Diasuransikan) (TU/PU), Tertanggung Tambahan 1/Peserta Tambahan 1 (Yang Diasuransikan) (TT1/PT1), dan Tertanggung Tambahan 2/Peserta Tambahan 2 (Yang Diasuransikan) (TT2/PT2) sampai dengan saat pemulihan Polis ini diajukan. Apabila terdapat jawaban "Ya", mohon memberikan penjelasan pada kolom yang tersedia. Apabila jawaban melebihi kolom yang tersedia, mohon menuliskan jawabannya pada "Surat Pernyataan/Amendemen Untuk Surat Pengajuan Asuransi Jiwa (SPAJ)/Surat Pengajuan Asuransi Jiwa Tambahan (SPAJT)/Pengajuan Pelayanan Polis" dan dilampirkan bersama Formulir ini.

1. Perilaku Merokok

a. Apakah Anda merokok dalam 12 (dua belas) bulan terakhir?

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

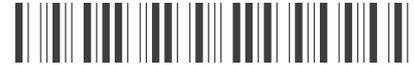
b. Jika Ya, mohon sebutkan jumlah batang rokok per hari.

TU/PU	TT1/PT1	TT2/PT2
<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Ya
<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Tidak
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Apakah Anda pernah:

- Berkonsultasi dengan Dokter Umum/Spesialis termasuk melakukan pemeriksaan laboratorium/radiologis?
- Pernah atau sedang dirawat di rumah sakit?

TU/PU	TT1/PT1	TT2/PT2
<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Ya
<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Tidak



Jika Ya, mohon memberi tanda ✓ pada setiap gejala/kelainan yang dimiliki dan mengisi KUESIONER sesuai dengan gejala/kelainan tersebut:

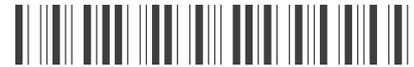
TU/PU	TT1/PT1	TT2/PT2	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Kanker.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Karsinoma in-situ.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. <i>Diabetes Mellitus</i> /Kencing Manis.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. HIV/AIDS.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Gagal Ginjal.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. <i>Stroke</i> termasuk <i>Transient Ischemic Attack</i> (TIA).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Segala kondisi yang berhubungan dengan jantung.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Tekanan darah tinggi.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Kista, Benjolan/pembesaran/pembengkakan, pertumbuhan, Polip, Kista, atau Nodul.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Kondisi apa pun yang memengaruhi Paru: Asma, Bronkitis, Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK), Sesak Napas, Tuberkulosis (TBC), <i>Emphysema</i> , <i>Pneumonia</i> /Infeksi Paru.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Kondisi apa pun yang memengaruhi Darah: Anemia, Peningkatan Lemak Darah, <i>Thalassemia</i> .
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Kondisi apa pun yang memengaruhi bagian Perut, Lambung, Pankreas, Kandung Empedu, Usus dan Hati: Gastritis/Maag, Refluks, Ulkus, Kolitis/Infeksi Usus, Penyakit <i>Crohn/Crohn's disease</i> , Pankreatitis/Radang Pankreas, Pendarahan Gastro-Intestinal/Pendarahan Lambung-Usus, Sirosis, Perlemakan Hati/ <i>Fatty Liver</i> , Batu Empedu, Kolesistitis/Radang Kandung Empedu, Gastroenteritis/Diare.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Kondisi apa pun yang memengaruhi Ginjal atau Kandung Kemih: Penyakit Ginjal Polisistik/ <i>Polycystic Kidney Disease</i> , Nefritis/Radang Ginjal, Batu Ginjal, Hasil pemeriksaan Urin yang tidak normal.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Kondisi apa pun yang memengaruhi Otot, Tulang, atau Sendi: Osteoarthritis, Rematik, Nyeri Tulang Belakang, Lupus Eritematosus Sistemik (<i>SLE/Systemic Lupus Erythematosus</i>), Gout/Asam Urat, Patah Tulang.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Kondisi apa pun yang memengaruhi Otak atau Sistem Saraf: Epilepsi, Aneurisma, <i>Multiple Sclerosis</i> , Paralisis/Kelumpuhan, kehilangan kemampuan berbicara.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Kondisi apa pun yang memengaruhi Kesehatan Mental/Kejiwaan: Depresi, Kecemasan, Skizofrenia, Gangguan Bipolar, Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas/ <i>Attention Deficit Hyperactive Disorder</i> , Autisme, Gangguan Tidur.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Kondisi apa pun yang memengaruhi Kelenjar Gondok/Tiroid: Hipotiroid/ <i>Under-active Thyroid</i> , Hipertiroid/ <i>Over-active Thyroid</i> , Gondok/Goitre, Tiroiditis.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Kondisi apa pun yang memengaruhi Mata atau Telinga: Glaukoma, Katarak, Kebutaan (tidak dapat diperbaiki dengan penggunaan kacamata), Tuli (tidak dapat diperbaiki dengan penggunaan alat bantu dengar).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Kondisi apa pun yang memengaruhi Kulit: Psoriasis.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Khusus untuk Wanita - Kondisi atau Gangguan apa pun yang memengaruhi Rahim, Leher Rahim/ <i>Cervix</i> , Indung Telur/Ovarium, Payudara: Gangguan Payudara, Kista Ovarium/Indung Telur, Uterine Fibroid/Mioma, <i>Pap-smear</i> dengan hasil abnormal.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Khusus untuk Pria - Kondisi atau Gangguan apa pun yang memengaruhi Prostat, Testis: Gangguan Prostat, Gangguan Testicular.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Kondisi apa pun yang tidak tercantum pada pilihan di atas.

3. Selain dari yang sudah Anda nyatakan kepada Kami, apakah Anda mengalami/memiliki Keterbatasan Fisik atau Kelainan Bawaan atau Cacat Jasmani?

Jika Ya, mohon menjawab pertanyaan a - e di bawah ini.

- a. Kapan pertama kali diagnosis/kondisi tersebut ditegakan?
- b. Kapan terakhir mengalami gejala?
- c. Apakah Tertanggung/Peserta (Yang Diasuransikan) telah melakukan pemeriksaan/konsultasi untuk kondisi tersebut?
Apakah memiliki hasil pemeriksaan tersebut?
Jika Ya, mohon melampirkan seluruh hasil pemeriksaan.
- d. Apakah Tertanggung/Peserta (Yang Diasuransikan) telah sembuh total dari kondisi tersebut?
Jika Tidak, mohon sebutkan tanggal, jenis dan hasil pemeriksaan tersebut, serta jenis pengobatan/perawatan yang digunakan.
- e. Nama dan Alamat lengkap Dokter yang merawat/Klinik/Rumah Sakit yang dikunjungi (jika ada).

Tertanggung Utama/Peserta Utama (Yang Diasuransikan) (TU/PU)	Tertanggung Tambahan 1/ Peserta Tambahan 1 (Yang Diasuransikan) (TT1/PT1)	Tertanggung Tambahan 2/ Peserta Tambahan 2 (Yang Diasuransikan) (TT2/PT2)
<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



4. Selain dari yang sudah Anda nyatakan kepada Kami, apakah Anda memiliki penyakit atau kondisi medis lainnya yang mungkin perlu pengobatan?

Jika Ya, mohon menjawab pertanyaan a - f di bawah ini.

a. Sebutkan nama tanda/gejala/penyakit.

b. Kapan pertama kali diagnosis/kondisi tersebut ditegakan?

c. Kapan terakhir mengalami gejala?

d. Apakah Tertanggung/Peserta (Yang Diasuransikan) telah melakukan pemeriksaan/konsultasi untuk kondisi tersebut?

Apakah memiliki hasil pemeriksaan tersebut? Jika Ya, mohon melampirkan seluruh hasil pemeriksaan.

d. Apakah Tertanggung/Peserta (Yang Diasuransikan) telah sembuh total dari kondisi tersebut?

Jika Tidak, mohon sebutkan tanggal, jenis dan hasil pemeriksaan tersebut, serta jenis pengobatan/perawatan yang digunakan.

f. Nama dan Alamat lengkap Dokter yang merawat/Klinik/Rumah Sakit yang dikunjungi (jika ada).

	Tertanggung Utama/Peserta Utama (Yang Diasuransikan) (TU/PU)	Tertanggung Tambahan 1/ Peserta Tambahan 1 (Yang Diasuransikan) (TT1/PT1)	Tertanggung Tambahan 2/ Peserta Tambahan 2 (Yang Diasuransikan) (TT2/PT2)
	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
a. Sebutkan nama tanda/gejala/penyakit.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b. Kapan pertama kali diagnosis/kondisi tersebut ditegakan?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c. Kapan terakhir mengalami gejala?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d. Apakah Tertanggung/Peserta (Yang Diasuransikan) telah melakukan pemeriksaan/konsultasi untuk kondisi tersebut?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Apakah memiliki hasil pemeriksaan tersebut? Jika Ya, mohon melampirkan seluruh hasil pemeriksaan.	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
d. Apakah Tertanggung/Peserta (Yang Diasuransikan) telah sembuh total dari kondisi tersebut?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Jika Tidak, mohon sebutkan tanggal, jenis dan hasil pemeriksaan tersebut, serta jenis pengobatan/perawatan yang digunakan.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
f. Nama dan Alamat lengkap Dokter yang merawat/Klinik/Rumah Sakit yang dikunjungi (jika ada).	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5. Apakah pengajuan Asuransi Jiwa Anda pada perusahaan Asuransi Jiwa lain ada yang pernah ditangguhkan atau ditolak atau diterima dengan tingkat Premi/Kontribusi khusus atau dikecualikan?

Jika Ya, mohon menjawab pertanyaan a - c di bawah ini.

a. Nama perusahaan Asuransi Jiwa.

b. Tanggal Polis diterbitkan.

c. Alasan/Kondisi/Faktor Penyebab.

	Tertanggung Utama/Peserta Utama (Yang Diasuransikan) (TU/PU)	Tertanggung Tambahan 1/ Peserta Tambahan 1 (Yang Diasuransikan) (TT1/PT1)	Tertanggung Tambahan 2/ Peserta Tambahan 2 (Yang Diasuransikan) (TT2/PT2)
	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
a. Nama perusahaan Asuransi Jiwa.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b. Tanggal Polis diterbitkan.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c. Alasan/Kondisi/Faktor Penyebab.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6. Apakah Anda memiliki hobi atau sewaktu-waktu melakukan kegiatan yang berisiko tinggi atau Anda masih aktif dalam pekerjaan berisiko tinggi yang disebutkan berikut ini?

Jika Ya, mohon memberi tanda ✓ pada hobi/kegiatan yang dilakukan.

	Tertanggung Utama/Peserta Utama (Yang Diasuransikan) (TU/PU)	Tertanggung Tambahan 1/ Peserta Tambahan 1 (Yang Diasuransikan) (TT1/PT1)	Tertanggung Tambahan 2/ Peserta Tambahan 2 (Yang Diasuransikan) (TT2/PT2)
	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak

TU/PU TT1/PT1 TT2/PT2

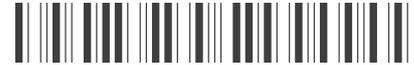
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Panjat Tebing/Mendaki Gunung
Olahraga Bermotor (termasuk Balap Motor/Mobil)
Selancar Air/Perahu Layar
Tidak melakukan Hobi/Kegiatan Olahraga berisiko tinggi

TU/PU TT1/PT1 TT2/PT2

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Menyelam/Scuba Diving
Terbang Layang/Terjun Payung
Hobi/Kegiatan Olahraga berisiko lainnya



III. Persyaratan dan Ketentuan Pemulihan Polis Khusus Produk PRULink Assurance Account, PRULink Syariah Assurance Account, PRULink Generasi Baru, PRULink Syariah Generasi Baru, dan PRULink Universal Life untuk Pemegang Polis Individu

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

- Formulir Pemulihan Polis Khusus Produk PRULink Assurance Account, PRULink Syariah Assurance Account, PRULink Generasi Baru, PRULink Syariah Generasi Baru, dan PRULink Universal Life untuk Pemegang Polis Individu ("Formulir") asli yang telah diisi lengkap dan jelas serta ditandatangani oleh Pemegang Polis dan Tertanggung/Peserta (Yang Diasuransikan), dengan kondisi:
 - Tanda tangan Pemegang Polis dan Tertanggung/Peserta (Yang Diasuransikan) harus sama dengan spesimen tanda tangan yang terdapat pada SPAJ, atau Kartu Identitas Diri 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 kalender sejak tanggal dokumen di terima di Kantor Pusat Prudential.
- Fotokopi Kartu Identitas Diri yang masih berlaku atas nama Pemegang Polis dan Tertanggung/Peserta (Yang Diasuransikan) (jika berusia ≥ 17 tahun).
- Bukti pembayaran Premi/Kontribusi pemulihan Polis.
- Formulir Data Kesehatan dan Hobi untuk (Calon) Pemegang Polis Perorangan/Badan Usaha, jika:
 - Polis tidak aktif (*lapsed*) > 1 (satu) tahun; dan/atau
 - Polis memiliki manfaat PRUEarly Stage Crisis Cover/PRUEarly Stage Crisis Cover Plus/PRUEarly Stage Crisis Cover Syariah/PRUEarly Stage Crisis Cover Plus Syariah/PRUEarly Stage Payor/PRUEarly Stage Payor Syariah/PRUEarly Stage Parent Payor/PRUEarly Stage Parent Payor Syariah/PRUEarly Stage Spouse Payor/PRUEarly Stage Spouse Payor Syariah dan terdapat riwayat klaim atas Tertanggung/Peserta (Yang Diasuransikan), atau Polis PRUMy Child (khusus untuk pengajuan pemulihan Polis yang pertama kali diajukan).
- Formulir (Calon) Pembayar Premi/Kontributor (jika Polis tidak aktif (*lapsed*) > 1 (satu) tahun).
- Hasil pemeriksaan kesehatan sesuai persyaratan dan ketentuan seleksi risiko (*underwriting*), jika diperlukan.

B. Ketentuan:

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

IV. Pernyataan Pemegang Polis (Harap dibaca dengan teliti sebelum menandatangani Formulir Pemulihan Polis Khusus Produk PRULink Assurance Account, PRULink Syariah Assurance Account, PRULink Generasi Baru, PRULink Syariah Generasi Baru, dan PRULink Universal Life 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:

- SAYA sendiri yang menandatangani Formulir ini setelah Formulir ini terisi lengkap dan benar.
- SAYA telah membaca seluruh persyaratan dan ketentuan yang terdapat pada Formulir ini.
- Semua keterangan yang SAYA berikan 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.
- Pemulihan Polis akan mengikuti dan melalui proses seleksi risiko (*underwriting*), di mana terdapat kemungkinan untuk diminta melakukan pemeriksaan kesehatan atau persyaratan lainnya.
- Manfaat perlindungan asuransi jiwa tidak berlaku untuk segala kondisi yang dialami oleh Tertanggung/Peserta (Yang Diasuransikan) sebelum tanggal dimulainya pertanggungan/kepesertaan pada asuransi tambahan atau sebelum tanggal pemulihan Polis yang terakhir, tergantung saat mana yang lebih akhir.
- Apabila Polis mengajukan pemulihan dan sedang dalam kondisi Cuti Premi/Cuti Kontribusi (*Premium Holiday*) serta tidak melampirkan Formulir Penghentian Cuti Premi/Cuti Kontribusi (*Premium Holiday*), maka jika pemulihan Polis disetujui dan titipan Premi/Kontribusi yang ada mencukupi untuk pembayaran Premi/Kontribusi terdekat sejak pemulihan Polis disetujui dengan demikian Pemegang Polis juga setuju untuk melakukan penghentian Cuti Premi/Cuti Kontribusi (*Premium Holiday*) serta pemulihan Polis dengan menggunakan titipan Premi/Kontribusi yang telah disesuaikan untuk jatuh tempo terdekat. Jika pembayaran Premi/Kontribusi melalui pendebitan Kartu Kredit, maka akan dilakukan pendebitan kembali saat jatuh tempo sesuai siklus pendebitan.
- Apabila ternyata SAYA dan/atau Tertanggung/Peserta (Yang Diasuransikan) 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.
- Apabila ditemukan ketidakbenaran dan/atau ketidaklengkapan pengisian Formulir ini, maka:
 - Apabila ketidakbenaran dan/atau ketidaklengkapan tersebut terjadi sebelum pertanggungan Polis diadakan, maka akan merujuk pada Ketentuan Umum Polis mengenai Dasar Pertanggungan/Kepesertaan.
 - 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:
 - Pemulihan Polis tidak akan diadakan; atau
 - Pemulihan Polis tidak akan diadakan dengan syarat/keputusan yang sama; atau
 - Dikenakan suatu persyaratan tertentu ketika Penanggung/Pengelola melakukan penilaian atas risiko.
- Dalam hal terjadi keadaan sebagaimana dimaksud pada butir (b) di atas, maka:
 - 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/ujrah yang timbul dan Penanggung/Pengelola wajib mengembalikan Nilai Tunai (jika ada) serta Biaya Asuransi dan Biaya/Ujrah Administrasi yang telah dibebankan dari Unit yang terbentuk sejak pemulihan Polis disetujui.
 - 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 apa pun.
- 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/Kepesertaan.
- Pengembalian Manfaat Asuransi harus dikembalikan kepada Penanggung/Pengelola tanpa perlu memperhatikan apakah Tertanggung/Peserta (Yang Diasuransikan) 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.
9. Dalam hal Pemegang Polis dan/atau Tertanggung/Peserta (Yang Diasuransikan) memiliki Polis lain di Prudential ("Polis Prudential") dan data Pemegang Polis dan/atau Tertanggung/Peserta (Yang Diasuransikan) berbeda dengan data terbaru pada Formulir ini (tidak termasuk data nama), maka SAYA setuju bahwa Penanggung/Pengelola dapat mengganti data Polis Prudential dengan data yang tertera pada Formulir ini.
10. 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, serta informasi terkait Polis SAYA 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 pertanggung/kepesertaan SAYA berdasarkan Polis, dengan tunduk pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.
11. 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 terkirim baik pada atau di luar hari/jam kerja.
12. Dengan ini SAYA dan/atau Tertanggung/Peserta (Yang Diasuransikan) 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 (Yang Diasuransikan) berhubungan dengan riwayat kesehatan, penyakit, atau perawatan SAYA dan/atau Tertanggung/Peserta (Yang Diasuransikan) 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.

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. Pengkinian data dapat dilakukan melalui:

1. Aplikasi Pulse untuk melakukan pengkinian informasi dengan mudah.
2. *Teleprocessing* dengan menghubungi Prudential Customer Care di 1500085.
3. Mengirimkan formulir Perubahan Data Pemegang Polis ke kantor pusat PT Prudential Life Assurance.

Pemulihan Polis hanya akan diproses apabila ditandatangani dengan menggunakan pulpen.

Ditandatangani di: _____

Tanda Tangan Pemegang Polis*

Tanda Tangan Tertanggung Utama/Peserta
Utama (Yang Diasuransikan)*

Nama Jelas

Nama Jelas

Tanda Tangan Tertanggung Tambahan 1/Peserta
Tambahan 1 (Yang Diasuransikan)*

Tanda Tangan Tertanggung Tambahan 2/Peserta
Tambahan 2 (Yang Diasuransikan)*

Nama Jelas

Nama Jelas

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

Daftar Kode

Pilihan pekerjaan

1. Wirausaha *Money Changer*
2. Wirausaha *Money Transfer*
3. Wirausaha *Travel Agent*
4. Wirausaha *Fuel Station*
5. Wirausaha *Parking Business*
6. Wirausaha *Minimarket/Supermarket*
7. Wirausaha *Forestry*
8. Wirausaha *Freight Forwarding*
9. Wirausaha *Property Selling*
10. Wirausaha *Gems and Jewelry*
11. Wirausaha *Gold/Precious Metal Investment*
12. Wirausaha *Luxurious Vehicle Dealer*
13. Wirausaha *Export/Import Natural Resources*
14. Wirausaha *Art & Antiques*
15. Karyawan pada Perusahaan Keuangan (Bank, Asuransi, dll)
16. Karyawan pada Non Perusahaan Keuangan

Catatan: Jika mengisi kode 17-24, mohon menjawab pertanyaan departemen, jabatan, pangkat dan golongan di Deskripsi Pekerjaan.

17. Perwira Tinggi Polisi/TNI
18. Perwira Menengah Polisi/TNI
19. Anggota Polisi/TNI
20. Pegawai Negeri Sipil Eselon
21. Pegawai Negeri Sipil Non Eselon
22. Pejabat Pemerintah Pusat/Daerah/ BUMN/BUMD/Lembaga Pemerintah Lainnya
23. Hakim/Jaksa/Panitera Pengadilan Lainnya
24. Anggota Legislatif Pusat/Daerah
25. *Professional Lawyer*
26. *Professional Curator*
27. *Professional Notary Public*
28. *Professional Accountant*
29. *Professional Financial Planner*
30. *Professional Tax Consultant*
31. Lainnya (sebutkan pekerjaan Anda)