

Formulir  
UW-66

**Formulir Data Kesehatan dan Hobi (Calon) Peserta (Yang Diasuransikan)  
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

[illegible]

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 Kontribusi sehingga Polis tidak Aktif (Lapsed): (pilih salah satu)

|                                                 |                                                            |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masalah Keuangan       | <input type="checkbox"/> Gagal Debit Kartu Kredit/Tabungan |
| <input type="checkbox"/> Tidak Menerima Tagihan | <input type="checkbox"/> Masalah Administrasi Pembayaran   |
| <input type="checkbox"/> Pindah Alamat          | <input type="checkbox"/> Lainnya (sebutkan):               |

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

### I. Data (Calon) Peserta (Yang Diasuransikan)

| <input type="checkbox"/> (Calon) Peserta Utama<br>(Yang Diasuransikan) | <input type="checkbox"/> (Calon) Peserta Tambahan 1<br>(Yang Diasuransikan) | <input type="checkbox"/> (Calon) Peserta Tambahan 2<br>(Yang Diasuransikan) |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 1. Nama Lengkap (Sesuai Identitas Diri)<br><input type="text"/>        | 1. Nama Lengkap (Sesuai Identitas Diri)<br><input type="text"/>             | 1. Nama Lengkap (Sesuai Identitas Diri)<br><input type="text"/>             |
| 2. Tanggal Lahir (Tgl/Bln/Thn)<br><input type="text"/>                 | 2. Tanggal Lahir (Tgl/Bln/Thn)<br><input type="text"/>                      | 2. Tanggal Lahir (Tgl/Bln/Thn)<br><input type="text"/>                      |
| 3. Pekerjaan Saat Ini<br><input type="text"/>                          | 3. Pekerjaan Saat Ini<br><input type="text"/>                               | 3. Pekerjaan Saat Ini<br><input type="text"/>                               |
| 4. Tinggi (cm)                      Berat (kg)<br><input type="text"/> | 4. Tinggi (cm)                      Berat (kg)<br><input type="text"/>      | 4. Tinggi (cm)                      Berat (kg)<br><input type="text"/>      |

## II. Data Kesehatan dan Hobi (Calon) Peserta (Yang Diasuransikan)

(Calon) Peserta Yang Diasuransikan harus menjawab semua pertanyaan data kesehatan dan hobi dalam formulir syariah ini (dan dalam pernyataan pribadi yang menyangkut kesehatan yang diajukan oleh Pengelola 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 pengaiahan kekurangan Kontribusi sebagaimana diatur dalam ketentuan Polis.

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

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

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

| 1. Apakah (Calon) Peserta Yang Diasuransikan memiliki hobi atau sewaktu-waktu melakukan kegiatan yang berisiko tinggi tersebut di bawah ini*: |                                                                                                                                                                                            | PU                       | PT1                      | PT2                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a.                                                                                                                                            | Mendaki Gunung/Kegiatan Mendaki                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b.                                                                                                                                            | Menyelam/Scuba Diving                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c.                                                                                                                                            | Olahraga Bermotor (termasuk Balap Motor/Mobil)                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d.                                                                                                                                            | Terbang Layang/Terjun Payung                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e.                                                                                                                                            | Selancar Air/Perahu Layar                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mohon sebutkan nama hobi/kegiatan olahraga berisiko tinggi lainnya:                                                                           |                                                                                                                                                                                            |                          |                          |                          |
| PU                                                                                                                                            | <input type="text"/>                                                                                                                                                                       | PT1                      | <input type="text"/>     | PT2 <input type="text"/> |
| 9.                                                                                                                                            | Tidak melakukan hobi atau kegiatan olahraga berisiko tinggi                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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



## 2. Pertanyaan Bermukim

**PU** **PT1** **PT2**

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

PU ☐ Ya ☐ Tidak  
PT1 ☐ Ya ☐ Tidak  
PT2 ☐ Ya ☐ Tidak

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

PU  PT1  PT2

## 3. Data Fisik dan Status Merokok

| <input type="checkbox"/> (Calon) Peserta Utama<br>(Yang Diasuransikan) |                      | <input type="checkbox"/> (Calon) Peserta Tambahan 1<br>(Yang Diasuransikan) |                      | <input type="checkbox"/> (Calon) Peserta Tambahan 2<br>(Yang Diasuransikan) |                      |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Tinggi (cm)                                                            | Berat (kg)           | Tinggi (cm)                                                                 | Berat (kg)           | Tinggi (cm)                                                                 | Berat (kg)           |
| <input type="text"/>                                                   | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                                        | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                                        | <input type="text"/> |
| Merokok dalam 12 bulan terakhir?                                       | Jumlah* per Hari     | Merokok dalam 12 bulan terakhir?                                            | Jumlah* per Hari     | Merokok dalam 12 bulan terakhir?                                            | Jumlah* per Hari     |
| <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak             | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak                  | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak                  | <input type="text"/> |

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) Peserta Yang Diasuransikan 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) Peserta Yang Diasuransikan minum minuman beralkohol:

PU  hari PT1  hari PT2  hari

- c. Ketika minum minuman beralkohol pada hari biasa, berapa jumlah rata-rata minuman beralkohol yang (Calon) Peserta Yang Diasuransikan minum: PU  ukuran baku PT1  ukuran baku PT2  ukuran baku

## 5. Pertanyaan Obat-obatan

**PU** **PT1** **PT2**

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

PU ☐ Ya ☐ Tidak  
PT1 ☐ Ya ☐ Tidak  
PT2 ☐ Ya ☐ Tidak

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

- a. Sebutkan nama obat/zat yang dikonsumsi:

PU  PT1  PT2

- b. Kapan terakhir menggunakan obat/zat tersebut:

PU  PT1  PT2

- 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



6. Apakah ada di antara anggota keluarga kandung\*/*immediate family*\*\* (Calon) Peserta Yang Diasuransikan (hidup atau meninggal) yang memiliki salah satu riwayat kesehatan berikut ini sebelum memasuki usia 60 (enam puluh) tahun?

|     |                             |                                |
|-----|-----------------------------|--------------------------------|
| PU  | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| PT1 | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| PT2 | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |

\* 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 Syariah/SPAJT Syariah/Pengajuan Pelayanan Polis" dan dilampirkan bersama formulir syariah ini.

| Anggota Keluarga          | Kanker Sebutkan Jenisnya*** |     |     | Penyakit Jantung |     |     | Stroke |     |     | Diabetes Mellitus/ Kencing Manis |     |     | Penyakit Ginjal Polistik Bawaan/ Familial Polycystic Kidney Disease |     |     | Penyakit Saraf Motorik/Motor Neuron Disease |     |     | Penyakit Parkinson |     |     |
|---------------------------|-----------------------------|-----|-----|------------------|-----|-----|--------|-----|-----|----------------------------------|-----|-----|---------------------------------------------------------------------|-----|-----|---------------------------------------------|-----|-----|--------------------|-----|-----|
|                           | PU                          | PT1 | PT2 | PU               | PT1 | PT2 | PU     | PT1 | PT2 | PU                               | PT1 | PT2 | PU                                                                  | PT1 | PT2 | PU                                          | PT1 | PT2 | PU                 | PT1 | PT2 |
| 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) Peserta Yang Diasuransikan

(Calon) Peserta Yang Diasuransikan tidak perlu memberitahukan kondisi berikut untuk pertanyaan kesehatan selanjutnya apabila (Calon) Peserta Yang Diasuransikan 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) Peserta Yang Diasuransikan pernah (tanpa batasan waktu) dan/atau sedang mengidap penyakit di bawah ini?

|     |                             |                                |
|-----|-----------------------------|--------------------------------|
| PU  | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| PT1 | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| PT2 | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |

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

|                                                                                      |                          |                          |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| i. Kanker                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ii. Karsinoma in-situ/Kanker Tahap Awal                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| iii. <i>Diabetes Mellitus</i> /Kencing manis                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| iv. HIV/AIDS                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| v. Gagal Ginjal                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| vi. Stroke termasuk <i>Transient Ischemic Attack (TIA)</i> /Serangan Stroke Selintas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| vii. Kondisi apa pun yang berhubungan dengan Jantung*                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

b. Apakah (Calon) Peserta Yang Diasuransikan 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.

|     |                             |                                |
|-----|-----------------------------|--------------------------------|
| PU  | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| PT1 | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| PT2 | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |



- c. Apakah (Calon) Peserta Yang Diasuransikan 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*)?
- |     | PU | Ya | Tidak |
|-----|----|----|-------|
| PT1 |    | Ya | Tidak |
| PT2 |    | Ya | Tidak |

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

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | PU                       | PT1                      | PT2                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| i. Tekanan darah tinggi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ii. Tumor, Benjolan/Pembesaran/Pembengkakan, Pertumbuhan, Polip, Kista, atau Nodul*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| iii. Kondisi apa pun yang memengaruhi <b>Paru*</b> : Bronkitis (Peradangan Pada Saluran Paru), <i>Emphysema</i> (Penyakit Paru-Paru Kronis yang merusak Kantung Udara Paru), Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK), Sesak Napas, Tuberkulosis (TBC), <i>Pneumonia/Infeksi Paru</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| iv. Kondisi apa pun yang memengaruhi <b>Darah*</b> : Peningkatan Lemak Darah, Kekurangan Sel Darah Merah dan/atau Hemoglobin, contohnya: Anemia dan Thalasemia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| v. Kondisi apa pun yang memengaruhi <b>bagian Perut, Lambung, Pankreas, Kandung empedu, Usus dan Hati*</b> : Gastritis/Maag*, GERD (Asam lambung Naik atau Refluks), Ulkus (Tukak/Luka Lambung), Kolitis/Infeksi* dan/atau Peradangan Usus Besar, Penyakit Crohn/ <i>Crohn's Disease*</i> , <i>Pankreatitis/Radang pankreas</i> , Perdarahan <i>Gastro-intestinal/Perdarahan lambung-usus*</i> , Sirosis (Pengerasan dan/atau Kematian Jaringan Hati), Perlemakan Hati/ <i>Fatty Liver</i> , Batu Empedu, <i>Kolesistitis/Radang Kandung empedu</i> , <i>Gastroenteritis/Diare</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| vi. Kondisi apa pun yang memengaruhi <b>Ginjal atau Kandung Kemih</b> : Penyakit Ginjal Polistik/ <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"/> |
| vii. Kondisi apa pun yang memengaruhi <b>Otot*, Tulang, atau Sendi*</b> : <i>Osteoarthritis</i> (Peradangan pada Tulang dan Sendi), Rematik*, Nyeri tulang Belakang*, <i>Lupus/Systemic Lupus Erythematosus</i> (Penyakit Autoimun Kronis yang menyebabkan peradangan pada berbagai organ tubuh), <i>Gout/Asam Urat</i> , Patah Tulang Patah Tulang                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| viii. Kondisi apa pun yang memengaruhi <b>Otak atau Sistem Saraf</b> : Kejang, Epilepsi** (Penyakit kejang berulang), Aneurisma (Pelebaran dan/atau Penonjolan Pembuluh Darah), <i>Multiple Sclerosis</i> (Penyakit Autoimun yang menyerang Sistem Saraf Pusat dan/atau Saraf lainnya), Paralisis/Kelumpuhan, kehilangan kemampuan berbicara                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ix. Kondisi apa pun yang memengaruhi <b>Kesehatan Mental/Kejiwaan*</b> : 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/ <i>Attention Deficit Hyperactive Disorder</i> , Autisme, Gangguan Tidur (Insomnia, Parasomnia, Hiperomnia, Sleep Apnea, Narkolepsi, Sindrom Kaki Gelisah, dan lainnya)                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| x. Kondisi apa pun yang memengaruhi <b>Mata atau Telinga</b> : Glaukoma (kerusakan saraf penglihatan), Katarak, Kebutaan (tidak dapat diperbaiki dengan penggunaan kacamata), Tuli (tidak dapat diperbaiki dengan penggunaan alat bantu)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| xi. Kondisi apa pun yang memengaruhi <b>Kulit</b> : Psoriasis (Peradangan Kulit kronis)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| xii. [ <b>Pria</b> ] Kondisi atau Gangguan apa pun yang memengaruhi <b>Prostat, Testis (Buah Zakar)</b> : Gangguan Prostat, Gangguan Testicular                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| xiii. [ <b>Wanita</b> ] Kondisi atau abnormalitas apa pun yang memengaruhi <b>Serviks Uterus Anda*</b> : Pap Smear dengan hasil abnormal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| xiv. Kondisi abnormalitas mata rabun jauh (Miopia) lebih dari minus 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Jika *checklist* pilihan di atas, mohon menjawab pertanyaan di bawah ini:

Bagian mata sebelah mana yang mengalami rabun jauh (miopia) lebih dari minus 6?

- |                                                        | PU                       | PT1                      | PT2                      |
|--------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mata Kanan, minus mata kanan: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Mata Kiri, minus mata kiri:   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Kedua mata, minus mata kanan: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- & minus mata kiri: 

| PU                       | PT1                      | PT2                      |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- xv. Kondisi lain yang tidak tercantum pada pilihan di atas
- Mohon sebutkan nama kondisi (Calon) Peserta Yang Diasuransikan:

\*Lampirkan Kuesioner yang diisi oleh (Calon) Peserta Yang Diasuransikan; \*\*Lampirkan Kuesioner yang diisi oleh (Calon) Peserta Yang Diasuransikan dan Dokter

- d. Dalam 1 (satu) tahun terakhir, apakah (Calon) Peserta Yang Diasuransikan pernah dan/atau sedang mengalami salah satu gangguan berikut ini:
- |                                                        | PU                       | PT1                      | PT2                      |
|--------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Demam Berdarah                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Tifus/ <i>Typhoid</i>                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Kolitis Amoeba (infeksi usus yang disebabkan amoeba) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Malaria                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Tidak mengalami gangguan tersebut di atas            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



**PU**

**PT1**

**PT2**

Jika (Calon) Peserta Yang Diasuransikan memilih salah satu dari gangguan di atas, mohon menjawab pertanyaan di bawah

i. Apakah (Calon) Peserta Yang Diasuransikan sudah sembuh total dari kondisi tersebut:

Jika menjawab "Ya", mohon lengkapi pertanyaan nomor ii di bawah ini

PU ☐ Ya ☐ Tidak

PT1 ☐ Ya ☐ Tidak

PT2 ☐ Ya ☐ Tidak

ii. Apakah sudah sembuh total sejak 3 (tiga) bulan yang lalu

PU ☐ Ya ☐ Tidak

PT1 ☐ Ya ☐ Tidak

PT2 ☐ Ya ☐ Tidak

e. Selain dari yang sudah (Calon) Peserta Yang Diasuransikan nyatakan kepada kami, apakah (Calon) Peserta Yang Diasuransikan pernah (tanpa batasan waktu) dan/atau sedang mengalami/memiliki **Keterbatasan Fisik atau Kelainan Bawaan atau Congenital** misalnya antara lain: *Cystic Fibrosis*/Fibrosis Kistik, Kebutaan, Ketulian, Layuh serebral/*Cerebral palsy*, Gangguan Mental (contoh: Sindroma Down) atau lainnya?

PU ☐ Ya ☐ Tidak

PT1 ☐ Ya ☐ Tidak

PT2 ☐ Ya ☐ Tidak

f. Selain dari yang sudah (Calon) Peserta Yang Diasuransikan nyatakan kepada kami, apakah (Calon) Peserta Yang Diasuransikan 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) Peserta Yang Diasuransikan belum mencari/mendapat nasihat medis terkait kondisi tersebut?

PU ☐ Ya ☐ Tidak

PT1 ☐ Ya ☐ Tidak

PT2 ☐ Ya ☐ Tidak

8. Apabila (Calon) Peserta Yang Diasuransikan 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 Syariah/SPAJT Syariah/Pengajuan Pelayanan Polis" dan dilampirkan bersama formulir syariah ini.

1. Sebutkan nama tanda/gejala/penyakit:

PU

PT1

PT2

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

PU

PT1

PT2

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

PU

PT1

PT2

4. Apakah (Calon) Peserta Yang Diasuransikan sudah melakukan pemeriksaan/konsultasi untuk kondisi tersebut?

PU ☐ Ya ☐ Tidak

PT1 ☐ Ya ☐ Tidak

PT2 ☐ Ya ☐ Tidak

4.1. Apakah memiliki hasil pemeriksaan tersebut?

Jika menjawab "Ya", mohon melampirkan seluruh hasil pemeriksaan

PU ☐ Ya ☐ Tidak

PT1 ☐ Ya ☐ Tidak

PT2 ☐ Ya ☐ Tidak

5. Apakah (Calon) Peserta Yang Diasuransikan sudah sembuh total dari kondisi tersebut?

Jika menjawab "Tidak", mohon mengisi tanggal, jenis dan hasil pemeriksaan

PU ☐ Ya ☐ Tidak

PT1 ☐ Ya ☐ Tidak

PT2 ☐ Ya ☐ Tidak

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

PU

PT1

PT2

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

PU

PT1

PT2

9. Selain dari yang telah dinyatakan oleh (Calon) Peserta Yang Diasuransikan kepada Kami, apakah Calon Peserta Yang Diasuransikan 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) Peserta Yang Diasuransikan maupun diinformasikan oleh tenaga medis?

PU ☐ Ya ☐ Tidak

PT1 ☐ Ya ☐ Tidak

PT2 ☐ Ya ☐ Tidak

Apakah (Calon) Peserta Yang Diasuransikan 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) Peserta Yang Diasuransikan 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.







- \* Apabila di kemudian hari diketahui bahwa (Calon) Peserta Yang Diasuransikan telah memiliki polis asuransi yang diterbitkan oleh perusahaan asuransi jiwa lain selain Prudential Syariah sebelum formulir syariah ini ditandatangani oleh (Calon) Pemegang Polis dan (Calon) Peserta Yang Diasuransikan serta disetujui oleh Prudential Syariah, maka Prudential Syariah berhak untuk melakukan peninjauan kembali atas keputusan kepesertaan terhadap SPAJ Syariah 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 Peserta Yang Diasuransikan juga memiliki asuransi kesehatan dari perusahaan asuransi jiwa lainnya yang memberikan Manfaat Asuransi sejenis bagi Penyakit, Cedera atau Ketidakmampuan, atau juga mendapatkan penggantian atas segala biaya perawatan atas Penyakit, Cedera atau Ketidakmampuan dari perusahaan manapun yang dipertanggungjawabkan 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 diasuransikan 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 Peserta Yang Diasuransikan dapat diterima dengan Kontribusi khusus atau terdapat pengecualian atau dapat ditolak/ditangguhkan.

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

Harap dibaca dengan teliti sebelum menandatangani Formulir ini

1. (Calon) Pemegang Polis, (Calon) Peserta Utama (Yang Diasuransikan), (Calon) Peserta Tambahan 1 (Yang Diasuransikan), (Calon) Peserta Tambahan 2 (Yang Diasuransikan), dan/atau Pembayar Kontribusi, (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 Syariah. 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 Syariah dalam menerima atau menolak pengajuan tersebut dan/atau menetapkan jumlah Kontribusi.
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 Syariah ("**Dokumen Permohonan**") sebagai bagian dari pengajuan Asuransi Jiwa, Pemulihan atau Perubahan Mayor Polis Syariah 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 Syariah melakukan hal-hal berikut ini:
  - a) Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
  - b) Membatalkan Polis dan Polis dianggap tidak pernah berlaku (baik secara keseluruhan atau terbatas pada Asuransi Tambahan, jika diadakan) dengan pengembalian Kontribusi (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 Kontribusi (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 Syariah hanya akan mengembalikan nilai yang setara dengan Nilai Penebusan (jika ada) 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 Santunan Asuransi, dan/atau menyesuaikan jumlah Kontribusi dan/atau Biaya Asuransi yang harus dibayar; dan/atau
  - e) Menagih kekurangan Kontribusi dan/atau Biaya Asuransi dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), jumlah Kontribusi dan/atau Biaya Asuransi yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. Prudential Syariah 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 Kontribusi 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 Syariah** 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) Peserta Yang Diasuransikan 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 Peserta Yang Diasuransikan (Pihak Berwenang dengan Peserta Yang Diasuransikan 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) Peserta Yang Diasuransikan melakukan pemeriksaan kesehatan tanpa adanya pemberitahuan ke Pengelola 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 Kontribusi sebagaimana diatur dalam ketentuan Polis.



5. SAYA dan/atau (Calon) Peserta Yang Diasuransikan dan/atau Calon Penerima Manfaat yang diwakilkan oleh SAYA, dengan ini memberikan kuasa dan izin kepada:

- (i) Pengelola 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 Peserta Yang Diasuransikan atau informasi lain mengenai diri Calon Peserta Yang Diasuransikan sejak pengajuan SPAJ Syariah 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 Peserta Yang Diasuransikan bekerja atau pihak lain yang mempunyai catatan/informasi riwayat kesehatan, catatan/informasi keuangan, atau informasi lain mengenai diri Calon Peserta Yang Diasuransikan sejak periode pengajuan SPAJ Syariah 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 Peserta Yang Diasuransikan untuk mengungkapkan atau aslinya. memberikan kepada Pengelola semua catatan riwayat kesehatan, atau perawatan, atau catatan/informasi keuangan, atau informasi lain mengenai diri Calon Peserta Yang Diasuransikan.

Pemberian kuasa ini tidak dapat ditarik kembali atau dibatalkan dan tetap berlaku pada waktu Calon Peserta Yang Diasuransikan 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.

**Catatan:**

Peserta Utama (Yang Diasuransikan), Peserta Tambahan 1 (Yang Diasuransikan), dan Peserta Tambahan 2 (Yang Diasuransikan) dapat mencakup Peserta Utama, Peserta Tambahan 1, Peserta Tambahan 2, Peserta Utama Yang Diasuransikan, Peserta Tambahan 1 Yang Diasuransikan, dan Peserta Tambahan 2 Yang Diasuransikan"

**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) Kontributor (jika berbeda dengan (Calon) Pemegang Polis/Peserta Utama/Peserta Tambahan 1 Yang Diasuransikan dan Peserta Tambahan 2 Yang Diasuransikan sesuai dengan kartu identitas diri yang dilampirkan

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

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

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

Tanda Tangan Orang Tua (Calon) Peserta Yang Diasuransikan apabila (Calon) Peserta Yang Diasuransikan berusia di bawah 21 tahun (usia sebenarnya)

Disaksikan oleh:

Tanda Tangan dan Nama Jelas Tenaga Pemasar

Kode Tenaga Pemasar

