



PT Prudential Sharia Life Assurance berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

Formulir Pengajuan Calon Peserta Tambahan (Yang Diasuransikan) 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 Peserta Tambahan 1 (Yang Diasuransikan)
☐ Penambahan Calon Peserta Tambahan 2 (Yang Diasuransikan)

I. Data Polis

1. Nomor Polis:

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

3. Peserta Utama (Yang Diasuransikan) (PU):

II. Data Calon Peserta Tambahan (Yang Diasuransikan)

Berikan tanda ✓ pada kotak sebagai indikator bagi Calon Peserta Tambahan (Yang Diasuransikan). Tidak perlu diisi jika Pemegang Polis adalah Calon Peserta Tambahan (Yang Diasuransikan).

☐ Calon Peserta Tambahan 1 (Yang Diasuransikan) (PT1)
(Diisi jika mengajukan Penambahan Calon Peserta Tambahan 1 (Yang Diasuransikan))

1. Hubungan Pemegang Polis dengan Calon Peserta Tambahan 1 (Yang Diasuransikan) 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 Peserta Tambahan 2 (Yang Diasuransikan) (PT2)
(Diisi jika mengajukan Penambahan Calon Peserta Tambahan 2 (Yang Diasuransikan))

1. Hubungan Pemegang Polis dengan Calon Peserta Tambahan 2 (Yang Diasuransikan) 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 Kontribusi

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 Kontribusi

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:

- Semua keterangan yang SAYA berikan di dalam Formulir ini dan keterangan lain yang SAYA berikan kepada PT Prudential Sharia Life Assurance (selanjutnya disebut "Pengelola") atau Tenaga Pemasar atau kepada Pemeriksa Kesehatan yang ditunjuk oleh Pengelola 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

SYARIAH

- 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 Syariah/SPAJT Syariah/Pengajuan Pelayanan Polis) dan/atau Kuesioner (jika ada) dan yang disampaikan kepada Pemeriksa Kesehatan yang ditunjuk oleh Pengelola (jika ada) akan menjadi dasar bagi Pengelola dalam penambahan Calon Peserta Tambahan (Yang Diasuransikan).
- 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.
 - Bahwa Pengelola dapat meminta dokumen berupa bukti penghasilan atau dokumen lainnya yang diperlukan untuk memastikan kesesuaian profil SAYA dan/atau Calon Peserta Tambahan (Yang Diasuransikan). Dalam hal dokumen yang diperlukan tersebut tidak diterima Pengelola atau dokumen yang diperlukan tersebut mempunyai informasi yang berbeda dan/atau tidak lengkap dengan informasi yang sebelumnya diterima oleh Pengelola, maka SAYA menyetujui bahwa Pengelola berhak menanggukkan transaksi apa pun yang SAYA ajukan dengan memberikan pemberitahuan kepada SAYA.
 - Kepesertaan pada Asuransi Tambahan untuk Calon Peserta Tambahan (Yang Diasuransikan) 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 Pengelola dalam waktu 60 (enam puluh) hari sejak Formulir pengajuan diterima di Kantor Pusat Pengelola, atau SAYA membatalkan pengajuan Perubahan Mayor kepada Pengelola, maka Pengelola tidak berkewajiban untuk membayar manfaat apa pun.
 - Bahwa jika Pengelola melakukan pembayaran dana, Pengelola 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.
 - SAYA dan/atau Calon Peserta Tambahan (Yang Diasuransikan) dengan ini memberikan kuasa dan izin kepada:
 - Pengelola untuk meminta catatan riwayat kesehatan Calon Peserta Tambahan (Yang Diasuransikan) atau informasi lain mengenai diri Calon Peserta Tambahan (Yang Diasuransikan) 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 Peserta Tambahan (Yang Diasuransikan); dan
 - 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 Peserta Tambahan (Yang Diasuransikan) untuk mengungkapkan atau memberikan kepada Pengelola semua catatan riwayat kesehatan, atau perawatan atau informasi lain mengenai diri Calon Peserta Tambahan (Yang Diasuransikan).

Pemberian kuasa ini tidak dapat ditarik kembali atau dibatalkan dan tetap berlaku pada waktu Calon Peserta Tambahan (Yang Diasuransikan) masih hidup maupun telah 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.
 - SAYA dan Calon Peserta Tambahan (Yang Diasuransikan) dengan ini memberikan kuasa dan izin kepada Pengelola untuk menggunakan atau memberikan informasi kesehatan atau keterangan mengenai diri Calon Peserta Tambahan (Yang Diasuransikan) yang tersedia, diperoleh atau disimpan oleh Pengelola, kepada perusahaan asuransi, perusahaan reasuransi atau pihak-pihak lain dalam rangka pengajuan dan pembayaran klaim, maupun pelayanan Nasabah.
 - Bahwa pada waktu SAYA mengajukan klaim Manfaat Asuransi, Pengelola berhak:
 - Meminta bukti keabsahan hubungan keterikatan asuransi antara Pemegang Polis, Calon Peserta Tambahan (Yang Diasuransikan), dan Penerima Manfaat. Dalam hal hubungan antara Pemegang Polis, Calon Peserta Tambahan (Yang Diasuransikan), dan Penerima Manfaat terdapat perbedaan dengan yang tertulis di Formulir ini (tidak bisa diverifikasi), Pengelola berhak meminta dokumen pendukung yang wajar dan relevan dengan pengajuan klaim.
 - Meminta kesesuaian profil finansial SAYA dan/atau Calon Peserta Tambahan (Yang Diasuransikan) dan/atau Pembayar Kontribusi. Dalam hal terdapat perbedaan pada profil finansial SAYA dan/atau Calon Peserta Tambahan (Yang Diasuransikan) dan/atau Pembayar Kontribusi dengan yang tertulis di Formulir ini (tidak bisa diverifikasi), Pengelola berhak meminta dokumen pendukung yang wajar dan relevan dengan pengajuan klaim.
 - 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 Pengelola dalam rangka memberikan pelayanan atas Polis, atau untuk tujuan lain seperti informasi produk, dan layanan terbaru sehubungan kepesertaan SAYA berdasarkan Polis, dengan tunduk pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.
 - Pengelola dapat menghubungi SAYA untuk menyampaikan informasi mengenai Polis, informasi terkait produk, atau layanan Pengelola. 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 Syariah. Pengkinian data dapat dilakukan melalui:

- Layanan Digital PRUServices untuk melakukan pengkinian informasi dengan mudah.
- Teleprocessing dengan menghubungi Prudential Syariah Customer Line di 1500577.
- Mengirimkan Formulir Perubahan Data Pemegang Polis ke kantor pusat PT Prudential Sharia Life Assurance.

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.

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 Peserta
Tambahan 1 (Yang Diasuransikan)

Tanda Tangan Calon Peserta
Tambahan 2 (Yang Diasuransikan)

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 1500577 pada hari Senin hingga Sabtu dari pukul 08.00 WIB - 17.00 WIB.

Pernyataan Tenaga Pemasar

Dengan ini, SAYA menyatakan bahwa:

1. SAYA mengenal:

Pemegang Polis selama:
sebagai:

☐ < 1 tahun

☐ 1 - 3 tahun

☐ 3 - 5 tahun

☐ > 5 tahun

☐ Keluarga, sebutkan: _____

☐ Teman

☐ Referensi

☐ Public Figure, sebutkan: _____

☐ Lainnya: _____

Calon Peserta Tambahan 1
(Yang Diasuransikan) selama:
sebagai:

☐ < 1 tahun

☐ 1 - 3 tahun

☐ 3 - 5 tahun

☐ > 5 tahun

☐ Keluarga, sebutkan: _____

☐ Teman

☐ Referensi

☐ Public Figure, sebutkan: _____

☐ Lainnya: _____

Calon Peserta Tambahan 2
(Yang Diasuransikan) selama:
sebagai:

☐ < 1 tahun

☐ 1 - 3 tahun

☐ 3 - 5 tahun

☐ > 5 tahun

☐ Keluarga, sebutkan: _____

☐ Teman

☐ Referensi

☐ Public Figure, sebutkan: _____

☐ Lainnya: _____

- Semua keterangan yang terdapat di dalam Formulir ini adalah semata-mata keterangan yang diberikan oleh Pemegang Polis dan/atau Calon Peserta Tambahan 1 (Yang Diasuransikan) dan/atau Calon Peserta Tambahan 2 (Yang Diasuransikan). SAYA tidak menyembunyikan informasi atau keterangan apa pun yang telah diberikan Pemegang Polis dan/atau Calon Peserta Tambahan 1 (Yang Diasuransikan) dan/atau Calon Peserta Tambahan 2 (Yang Diasuransikan) yang dapat memengaruhi pengajuan ini.
- 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.
- SAYA telah bertemu dan melihat secara langsung kondisi terakhir Calon Peserta Tambahan 1 (Yang Diasuransikan) dan/atau Calon Peserta Tambahan 2 (Yang Diasuransikan), pada saat Formulir ini diisi dan ditandatangani di hadapan SAYA oleh Pemegang Polis dan/atau Calon Peserta Tambahan 1 (Yang Diasuransikan) dan/atau Calon Peserta Tambahan 2 (Yang Diasuransikan).
- SAYA mengenal Pemegang Polis dan/atau Calon Peserta Tambahan 1 (Yang Diasuransikan) dan/atau Calon Peserta Tambahan 2 (Yang Diasuransikan) sebagai anggota keluarga/teman/referensi/Public Figure*/lainnya (pilih salah satu). *) Contoh: Pejabat/pejabat pemerintah, artis, politikus, dll.
- SAYA bersedia menerima sanksi dari PT Prudential Sharia Life Assurance sebagaimana diatur dalam Perjanjian Keagenan dan/atau Perjanjian Manager Keagenan bilamana salah satu atau lebih pernyataan di atas salah atau tidak benar.
- SAYA telah menerangkan dan memberikan penjelasan mengenai Ringkasan Informasi Produk dan/atau Layanan kepada Pemegang Polis dan/atau Calon Peserta Tambahan 1 (Yang Diasuransikan) dan/atau Calon Peserta Tambahan 2 (Yang Diasuransikan).
- SAYA telah melakukan proses identifikasi dan verifikasi terhadap identitas Pemegang Polis dan/atau Calon Peserta Tambahan 1 (Yang Diasuransikan) dan/atau Calon Peserta Tambahan 2 (Yang Diasuransikan).

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:

- Kurang dari Rp 2,5 Juta
- Rp 2,5 Juta s/d < Rp 5 Juta
- Rp 5 Juta s/d < Rp 7,5 Juta
- Rp 7,5 Juta s/d < Rp 10 Juta
- Rp 10 Juta s/d < Rp 25 Juta
- Rp 25 Juta s/d < Rp 50 Juta
- Rp 50 Juta s/d < Rp 100 Juta
- Rp 100 Juta s/d < Rp 250 Juta
- Rp 250 Juta s/d < Rp 500 Juta
- Rp 500 Juta s/d < Rp 1 Miliar
- Rp 1 Miliar s/d < Rp 1,5 Miliar
- Rp 1,5 Miliar s/d < Rp 2 Miliar
- Rp 2 Miliar s/d < Rp 3 Miliar
- Rp 3 Miliar s/d < Rp 4 Miliar
- Rp 4 Miliar s/d < Rp 5 Miliar
- ≥ Rp 5 Miliar
- Tidak Berpenghasilan (No Income)