



PT Prudential Sharia Life Assurance terdaftar di dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

Formulir Pemulihan Polis Syariah Khusus Produk Selain PRULink Syariah Assurance Account dan PRULink Syariah Generasi Baru 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.

1. Tanggal Pengajuan
(Tgl/Bln/Thn)

2. Nomor Polis

3. Nama Pemegang Polis

I. Data Peserta (Yang Diasuransikan)

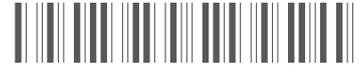
Peserta Utama (Yang Diasuransikan) (PU)	Peserta Tambahan 1 (Yang Diasuransikan) (PT1)	Peserta Tambahan 2 (Yang Diasuransikan) (PT2)
<p>a. Nama Lengkap</p> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<p>a. Nama Lengkap</p> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<p>a. Nama Lengkap</p> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>b. Tinggi (cm) Berat (kg)</p> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<p>b. Tinggi (cm) Berat (kg)</p> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<p>b. Tinggi (cm) Berat (kg)</p> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>c. Pekerjaan saat ini</p> <p>Apakah pekerjaan Anda berubah sejak pemu- kaan Polis pertama kali?</p> <input type="checkbox"/> Ya* <input type="checkbox"/> Tidak <p>* (Jika "Ya", silakan melihat Daftar Kode pada halaman 5/5 untuk pilihan pekerjaan dan mengisi sesuai kode nomor tersebut)</p> <input type="text"/> (Jika memilih kode 31 pada halaman 5/5, sebutkan pekerjaan Anda) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<p>c. Pekerjaan saat ini</p> <p>Apakah pekerjaan Anda berubah sejak pemu- kaan Polis pertama kali?</p> <input type="checkbox"/> Ya* <input type="checkbox"/> Tidak <p>* (Jika "Ya", silakan melihat Daftar Kode pada halaman 5/5 untuk pilihan pekerjaan dan mengisi sesuai kode nomor tersebut)</p> <input type="text"/> (Jika memilih kode 31 pada halaman 5/5, sebutkan pekerjaan Anda) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<p>c. Pekerjaan saat ini</p> <p>Apakah pekerjaan Anda berubah sejak pemu- kaan Polis pertama kali?</p> <input type="checkbox"/> Ya* <input type="checkbox"/> Tidak <p>* (Jika "Ya", silakan melihat Daftar Kode pada halaman 5/5 untuk pilihan pekerjaan dan mengisi sesuai kode nomor tersebut)</p> <input type="text"/> (Jika memilih kode 31 pada halaman 5/5, sebutkan pekerjaan Anda) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>d. Deskripsi Pekerjaan</p> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<p>d. Deskripsi Pekerjaan</p> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<p>d. Deskripsi Pekerjaan</p> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

II. Data Kesehatan dan Hobi

Isi seluruh pertanyaan 1-9 dengan memberi tanda ✓ pada kolom yang sesuai serta mengisi seluruh pertanyaan dengan lengkap dan benar. Pertanyaan di bawah ini adalah kondisi Peserta Utama (Yang Diasuransikan) (PU), Peserta Tambahan 1 (Yang Diasuransikan) (PT1), dan Peserta Tambahan 2 (Yang Diasuransikan) (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

Peserta Utama (Yang Diasuransikan) (PU)	Peserta Tambahan 1 (Yang Diasuransikan) (PT1)	Peserta Tambahan 2 (Yang Diasuransikan) (PT2)
<p>Merokok dalam Jumlah Batang 12 bulan terakhir? per Hari</p> <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<p>Merokok dalam Jumlah Batang 12 bulan terakhir? per Hari</p> <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<p>Merokok dalam Jumlah Batang 12 bulan terakhir? per Hari</p> <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>Catatan: Merokok dalam hal ini juga mengacu pada pemakaian tembakau/rokok/kretek/cerutu/rokok elektrik/ produk pengganti nikotin (termasuk tempelan nikotin).</p>	<p>Catatan: Merokok dalam hal ini juga mengacu pada pemakaian tembakau/rokok/kretek/cerutu/rokok elektrik/ produk pengganti nikotin (termasuk tempelan nikotin).</p>	<p>Catatan: Merokok dalam hal ini juga mengacu pada pemakaian tembakau/rokok/kretek/cerutu/rokok elektrik/ produk pengganti nikotin (termasuk tempelan nikotin).</p>



SYARIAH

2. Apakah Anda pernah berkonsultasi dengan dokter umum/spesialis termasuk melakukan pemeriksaan laboratorium/radiologis?

- Jika Ya, mohon mengisi tabel kondisi di pertanyaan nomor 4
- Jika ada, mohon melampirkan fotokopi hasil pemeriksaan

PU	PT1	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

3. Apakah Anda pernah atau sedang dirawat inap di rumah sakit?

- Jika Ya, mohon mengisi tabel kondisi di pertanyaan nomor 4

PU	PT1	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

4. Untuk pertanyaan nomor 2 dan 3, jika menjawab “Ya”, silakan mengisi tabel di bawah ini

Peserta (Yang Diasuransikan)	Nama dan Alamat Lengkap Dokter/Rumah Sakit yang Dikunjungi	Tanggal & Alasan Pemeriksaan/Perawatan	Diagnosa dan Pemeriksaan yang Dilakukan	Jenis Pengobatan yang Diberikan	Hasil dan Kondisi Saat Ini
PU					
PT1					
PT2					

5. Apakah Anda pernah mengalami kecelakaan atau cacat jasmani?

- Jika Ya, mohon mengisi tabel penjelasan di pertanyaan nomor 9

PU	PT1	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

6. Apakah ada penyakit atau kondisi medis lainnya yang mungkin perlu pengobatan, yang belum tercakup di pertanyaan no. 2 s.d 4?

- Jika Ya, mohon mengisi tabel penjelasan di pertanyaan nomor 9

PU	PT1	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

7. Apakah pengajuan asuransi jiwa Anda pada perusahaan asuransi jiwa lain ada yang pernah ditangguhkan atau ditolak atau diterima dengan tingkat Kontribusi khusus atau dikecualikan?

- Jika Ya, mohon mengisi tabel penjelasan di pertanyaan nomor 9

PU	PT1	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

8. Apakah Anda memiliki hobi atau sewaktu-waktu melakukan kegiatan yang berisiko tinggi atau Anda masih aktif dalam pekerjaan berisiko tinggi yang disebutkan berikut ini: Menyelam, Olahraga Air selain Menyelam, *Caving & Potholing*, Terjun Payung, Paralayang, Panjat Tebing/Mendaki Gunung, *Microlighting*, Balap Motor/Mobil, Penerbangan, Minyak dan Gas Bumi, Pertambangan, Angkatan Bersenjata, Nelayan, Kelautan, Penggunaan alat pemotong kayu bertenaga listrik besar?

- Jika Ya, mohon mengisi tabel penjelasan di pertanyaan nomor 9 dan mengisi kuesioner sesuai hobi/pekerjaan tersebut

PU	PT1	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

9. Untuk pertanyaan nomor 5 s.d 8, jika menjawab “Ya”, silakan mengisi tabel di bawah ini

Peserta (Yang Diasuransikan)	Jelaskan
PU	



Peserta (Yang Diasuransikan)	Jelaskan
PT1	
PT2	

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

A. Persyaratan/Dokumen yang harus diserahkan ke Kantor Pusat PT Prudential Sharia Life Assurance (“Prudential Syariah”):

- Formulir Pemulihan Polis Syariah Khusus Produk Selain PRULink Syariah Assurance Account dan PRULink Syariah Generasi Baru untuk Pemegang Polis Individu (“Formulir”) asli yang telah diisi lengkap dan jelas serta ditandatangani oleh Pemegang Polis dan Peserta (Yang Diasuransikan), dengan kondisi:
 - Tanda tangan Pemegang Polis dan 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 Syariah.
- Fotokopi Kartu Identitas Diri yang masih berlaku atas nama Pemegang Polis dan Peserta (Yang Diasuransikan) (jika berusia ≥ 17 tahun).
- Bukti pembayaran Kontribusi pemulihan Polis.
- Formulir Data Kesehatan dan Hobi Polis Syariah untuk (Calon) Pemegang Polis Perorangan/Badan Usaha, jika:
 - Polis tidak aktif (*lapsed*) > 1 (satu) tahun; dan/atau
 - Polis memiliki manfaat PRUEarly Stage Crisis Cover Syariah/PRUEarly Stage Crisis Cover Plus Syariah/PRUEarly Stage Payor Syariah/PRUEarly Stage Parent Payor Syariah/PRUEarly Stage Spouse Payor Syariah dan terdapat riwayat klaim atas Peserta (Yang Diasuransikan), atau
- Formulir (Calon) Pembayar Kontribusi (jika Polis tidak aktif (*lapsed*) > 1 (satu) tahun).
- Hasil pemeriksaan kesehatan sesuai persyaratan dan ketentuan seleksi risiko (*underwriting*), jika diperlukan.

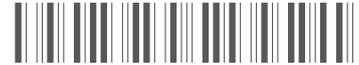
B. Ketentuan:

- Batas maksimum usia Peserta (Yang Diasuransikan) pada saat dilakukannya pemulihan Polis adalah sesuai dengan jenis 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 Kontribusi tertunggak.
- Pemulihan Polis akan disetujui sepanjang memenuhi ketentuan dan persyaratan yang berlaku di Prudential Syariah.
- Dikenakan masa tunggu yang berlaku kembali sejak tanggal pemulihan Polis.
- Formulir yang diterima oleh Prudential Syariah adalah bersifat final dan akan digunakan sebagai dasar pengajuan pemulihan Polis.

IV. Pernyataan Pemegang Polis (Harap dibaca dengan teliti sebelum menandatangani Formulir Pemulihan Polis Syariah Khusus Produk Selain PRULink Syariah Assurance Account dan PRULink Syariah Generasi Baru 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 Peserta (Yang Diasuransikan) sebelum tanggal dimulainya kepesertaan pada asuransi tambahan atau sebelum tanggal pemulihan Polis yang terakhir, tergantung saat mana yang lebih akhir.
- Apabila SAYA mengajukan pemulihan Polis dan Polis sedang dalam kondisi Cuti Kontribusi serta tidak melampirkan Formulir Penghentian Cuti Kontribusi, maka jika pemulihan Polis disetujui dan titipan Kontribusi yang ada mencukupi untuk pembayaran Kontribusi terdekat sejak pemulihan Polis disetujui dengan demikian Pemegang Polis juga setuju untuk melakukan penghentian Cuti Kontribusi serta pemulihan Polis dengan menggunakan titipan Kontribusi yang telah disesuaikan untuk jatuh tempo terdekat. Jika pembayaran Kontribusi melalui pendebitan Kartu Kredit, maka akan dilakukan pendebitan kembali saat jatuh tempo sesuai siklus pendebitan.
- Apabila ternyata SAYA dan/atau Peserta (Yang Diasuransikan) melakukan pemeriksaan kesehatan atau mengajukan klaim sebelum pemulihan Polis disetujui tanpa adanya pemberitahuan ke 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 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 kepesertaan Polis diadakan, maka akan merujuk pada Ketentuan Umum Polis mengenai Dasar Kepesertaan.
 - Apabila ketidakbenaran dan/atau ketidaklengkapan tersebut terjadi setelah kepesertaan Polis diadakan namun sebelum pemulihan Polis terakhir disetujui dan Pengelola tidak pernah menyatakan secara tertulis bahwa 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 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 Pengelola berkaitan dengan Asuransi Dasar pada pemulihan Polis, maka pemulihan Polis menjadi batal sejak pemulihan tersebut disetujui, Pemegang Polis bertanggung jawab atas kerugian dan *ujrah* yang timbul dan Pengelola wajib mengembalikan Nilai Tunai (jika ada) serta Biaya Asuransi dan *Ujrah* Administrasi yang telah dibebankan dari Unit yang terbentuk sejak pemulihan Polis disetujui.



- (ii) Apabila ketidakbenaran dan/atau ketidaklengkapan informasi, keterangan, atau pernyataan yang disampaikan oleh Pemegang Polis kepada Pengelola berkaitan dengan Asuransi Tambahan pada pemulihan Polis, maka Asuransi Tambahan tersebut akan dibatalkan dan Pengelola tidak berkewajiban untuk mengembalikan apa pun.
- d) Apabila hal sebagaimana dimaksud dalam butir (a) dan (b) baru diketahui setelah dilakukan pembayaran Manfaat Asuransi Dasar dan/atau Asuransi Tambahan, maka Pemegang Polis wajib untuk mengembalikan kepada Pengelola Manfaat Asuransi yang telah diterima, sesuai Ketentuan Umum Polis mengenai Dasar Kepesertaan.
- e) Pengembalian Manfaat Asuransi harus dikembalikan kepada Pengelola tanpa perlu memperhatikan apakah 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 Peserta (Yang Diasuransikan) memiliki Polis lain di Prudential Indonesia dan/atau Prudential Syariah ("Polis Prudential") dan data Pemegang Polis dan/atau Peserta (Yang Diasuransikan) berbeda dengan data terbaru pada Formulir ini (tidak termasuk data nama), maka SAYA setuju bahwa Pengelola dapat mengganti data Polis Prudential dengan data yang tertera pada Formulir ini.
- 10. 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 dengan kepesertaan SAYA berdasarkan Polis, dengan tunduk pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- 11. Pengelola dapat menghubungi SAYA untuk menyampaikan informasi mengenai Polis, informasi terkait produk atau layanan Prudential Syariah. 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 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 Peserta (Yang Diasuransikan) berhubungan dengan riwayat kesehatan, penyakit, atau perawatan SAYA dan/atau Peserta (Yang Diasuransikan) untuk diberikan kepada Pengelola atau petugas yang ditunjuk oleh 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 Syariah. Pengkinian data dapat dilakukan melalui:

1. Aplikasi Pulse untuk melakukan pengkinian informasi dengan mudah.
2. *Teleprocessing* dengan menghubungi Prudential Customer Line di 1500577.
3. 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.

Pemulihan Polis hanya akan diproses apabila ditandatangani dengan menggunakan pulpen.

Ditandatangani di: _____

Tanda Tangan Pemegang Polis*

Tanda Tangan Peserta Utama (Yang Diasuransikan)*

 Nama Jelas

 Nama Jelas

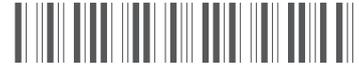
Tanda Tangan Peserta Tambahan 1 (Yang Diasuransikan)*

Tanda Tangan 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 Peserta (Yang Diasuransikan) di bawah usia 21 tahun, tanda tangan oleh Pemegang Polis.



Daftar Kode

Pilihan pekerjaan

No.	Deskripsi
1.	Wirausaha Penukaran Uang
2.	Wirausaha Pengiriman Dana
3.	Wirausaha Travel Perjalanan
4.	Wirausaha Pengisian Bahan Bakar
5.	Wirausaha Penitipan Kendaraan
6.	Wirausaha <i>Minimarket/Supermarket</i>
7.	Wirausaha Kehutanan
8.	Wirausaha Pengiriman Barang
9.	Wirausaha Penjualan Properti
10.	Wirausaha Permata dan Perhiasan
11.	Wirausaha Emas/Pemotong Logam Berharga
12.	Wirausaha Kendaraan Mewah
13.	Wirausaha <i>Export/Import</i> Sumber Daya Alam
14.	Wirausaha Barang Antik/Seni
15.	Karyawan pada Perusahaan Keuangan (Bank, Asuransi, dll)
16.	Karyawan pada Perusahaan Non Keuangan

No.	Deskripsi
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.	Profesional Pengacara
26.	Profesional Kepala Museum
27.	Profesional Notaris
28.	Profesional Akuntan
29.	Profesional Perencanaan Keuangan
30.	Profesional Konsultan Pajak
31.	Lainnya (sebutkan pekerjaan Anda)

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