

8. Dalam 5 (lima) tahun terakhir, apakah :

a. Menjalani rawat inap/rawat jalan, operasi, biopsi, endoskopi?

b. Menjalani pemeriksaan laboratorium, rontgen (X Ray) atau yang khusus, contoh : MRI, ECG, USG, CT Scan, tes darah (kolesterol, gula darah, AIDS, hepatitis, anemia dll)

c. Menjalani pemeriksaan / pengobatan ke dokter umum / spesialis, ahli jiwa, radiasi, kemoterapi, tradisional atau pengobatan alternatif / herbal?

d. Mengalami keracunan, kecelakaan?

9. Dalam 2 (dua) tahun terakhir, apakah :

a. Menerima transfusi darah

b. Ditolak untuk Donor Darah

Jika Ya, jelaskan alasannya

10. Khusus Tertanggung Wanita :

a. Apakah saat ini sedang hamil?

Jika YA, berapa Minggu?

b. Apakah pernah mengalami kesulitan / komplikasi pada saat hamil / melahirkan?

c. Pernah keguguran atau bayi meninggal dalam kandungan / saat melahirkan?

d. Pernah / sedang menderita penyakit di daerah payudara atau kandungan?

11. Khusus Tertanggung Anak kurang dari 5 tahun :

a. Dilahirkan dalam kondisi Normal Prematur Lainnya, _____

b. Lama kehamilan minggu

Dokter yang dikunjungi

c. Panjang / Berat saat lahir cm kg

d. Pada saat melahirkan ada kesulitan/kelainan/penyakit?

Jika Tidak, Jelaskan

12. Perihal dan Riwayat Kesehatan Keluarga Calon Tertanggung

	Masih Hidup						Sudah Meninggal	
	Usia	Jantung	Hipertensi	Ginjal	Diabetes	Paru - Paru	Usia	Sebab Meninggal
Ayah								
Ibu								
Suami								
Isteri								
Saudara Laki - Laki Orang							
Saudara Perempuan Orang							
Anak Orang							

Jika Ya beri tanda √ pada penyakit yang tercantum pada tabel diatas

Dengan mengesampingkan pasal 1813 KUH Perdata maka pemberian kuasa ini tidak dapat dicabut/dibatalkan dan tetap berlaku meskipun Saya/Kami meninggal dunia. Fotokopi dari Pernyataan dan pemberian kuasa ini mempunyai kekuatan hukum yang sama kuat dan sah seperti aslinya.

PETUGAS BRI LIFE

(_____)
Nama Jelas

Tempat : _____
Tanggal : ____ / ____ / ____
Jabatan : _____

PEMANGGANG POLIS

(_____)
Nama Jelas

Tempat : _____
Tanggal : ____ / ____ / ____

TERTANGGUNG*

(_____)
Nama Jelas

Tempat : _____
Tanggal : ____ / ____ / ____

*) Tandatangan pada kolom Tertanggung ditandatangani oleh Tertanggung yang mengajukan penambahan asuransi tambahan (sesuai data kesehatan)