

## FORMULIR PERNYATAAN DATA KESEHATAN

- Harap mengisi dengan menggunakan tinta warna hitam, huruf cetak dan tulisan tidak keluar dari kotak, jelas dan memberi tanda (v) pada kotak jawaban yang sesuai.
- Harap tidak menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong dan pastikan semua pertanyaan telah diisi dengan lengkap dan benar sebelum menandatangani.

Setelah menerima penjelasan tentang produk Asuransi Jiwa yang ditawarkan, dan syarat-syarat asuransinya, saya dapat mengerti, dengan ini saya yang bertanda tangan di bawah ini, Calon Pemegang Polis dan Calon Tertanggung, mengajukan Permintaan Asuransi Jiwa kepada BRI LIFE berdasarkan hal-hal di bawah ini :

### A. DATA CALON TERTANGGUNG

1. Nama Lengkap (sesuai kartu identitas)

Nomor CIF (BRI)

2. Jenis Kartu Identitas

KTP  SIM  Paspur dilampiri KITAP/KITAS/KIMS

3. Nomor Kartu Identitas

Tanggal Kadaluarsa (tgl/bln/thn)

4. Tempat & Tanggal Lahir (tgl/bln/thn)

5. Kewarganegaraan

WNI  WNA Negara

6. Jenis Kelamin

Pria  Wanita

7. Agama

Islam  Katolik  Protestan  Hindu  Budha  Lainnya, \_\_\_\_\_

8. Status Perkawinan

Belum Kawin  Kawin  Duda/Janda

9. Nama Gadis Ibu Kandung

10. Alamat Sesuai Kartu Identitas

RT

RW

Kel

Kec

Kota

Provinsi

Kode Pos

11. Alamat Domisili

*Diisi apabila alamat berbeda dengan Identitas*

RT

RW

Kel

Kec

Kota

Provinsi

Kode Pos

12. Informasi Kontak

Telepon

Faksimili

Handphone

Email

13. Pendidikan Formal Terakhir

SD  SLTP  SLTA  S1  S2  S3  Lainnya, \_\_\_\_\_

14. Pekerjaan

Wiraswasta  Peg. Swasta  Peg. BUMN/BUMD  PNS  TNI/POLRI

Profesional (Dokter, Pengacara, Akuntan, dll.)  Lainnya, \_\_\_\_\_

15. Bidang Usaha

16. Jabatan

17. Nama Institusi Tempat Bekerja

18. Alamat Institusi

RT

RW

Kel

Kec

Kota

Provinsi

Kode Pos

19. Nomor Telepon Kantor

20. Alamat Surat Menyurat  Sesuai Identitas  Sesuai Domisili  Kantor/Tempat Bekerja

21. Nomor NPWP

22. Penghasilan Kotor per Tahun  < 10 Jt  10 Jt - < 25 Jt  25 Jt - < 50 Jt  50 Jt - < 100 Jt  
 100 Jt - < 250 Jt  250 Jt - < 500 Jt  > 500 Jt

23. Sumber Dana  Gaji  Bonus/Insentif/Komisi  Usaha Pribadi  
 Hasil Investasi, \_\_\_\_\_  Lainnya, \_\_\_\_\_

24. Hubungan dengan Tertanggung  Diri Sendiri  Orang Tua  Suami/Istri  Anak  Kakak/Adik

25. Tujuan berasuransi  Proteksi Pendapatan  Proteksi Kesehatan  Lainnya, \_\_\_\_\_

## B. DATA KESEHATAN CALON TERTANGGUNG

		<b>Tertanggung</b>	
		Ya	Tidak
1.	Apakah Anda dalam keadaan sehat? Jika Tidak, jelaskan : <input style="width: 450px; height: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Apakah Anda mempunyai kebiasaan minum minuman keras / beralkohol dan sejenisnya? Jika Ya, mohon melengkapi Formulir Konsumsi Alkohol.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Apakah Anda pernah menggunakan obat-obat terlarang, narkotik atau obat penenang? Jika Ya, mohon melengkapi Formulir Penggunaan Obat-obatan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Apakah Anda terlibat hobi / kegiatan beresiko tinggi? (sebagai awak pesawat, terjun payung, mendaki gunung, menyelam, balap, pelayaran, pertambangan, dan arung jeram) Jika Ya, mohon melengkapi Formulir Tambahan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Apakah Anda perokok? Jika Ya, <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> batang / hari Telah berjalan <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> Thn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Tinggi / Berat Badan : Tertanggung <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> Cm <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> Kg		
7.	Apakah Anda pernah / sedang menderita penyakit / gangguan / kelainan pada pertanyaan di bawah ini: Jika Ya, lingkari pada penyakit / gangguan / kelainan yang diderita.		
	a. Mata : Termasuk fungsi penglihatan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Telinga, Hidung dan Tenggorokan : Termasuk fungsi pendengaran / bicara?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. Paru-paru : Termasuk fungsi pernafasan, saluran nafas, batuk lama, bronchitis, asma, batuk darah, dan TBC?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d. Jantung dan Pembuluh Darah : Termasuk nyeri dada, berdebar tak teratur, sakit jantung, tekanan darah tinggi, darah rendah, penyempitan / penyumbatan / gangguan peredaran darah, varises, ambeien (wasir)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e. Organ perut : Sakit maag, sakit kuning (liver), muntah darah, hernia, sering diare, mual, muntah-muntah, hepatitis, radang / batu empedu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	f. Sistem Kemih dan Kelamin : Sakit pinggang, sakit / nyeri saat buang air kecil, kencing batu / berpasir, batu ginjal, kencing berdarah, kencing nanah, sakit prostat, gagal ginjal, penyakit kelamin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	g. Sistem saraf, kerangka dan otot : Sering pusing, pingsan, kesemutan, nyeri sendi, rematik / encok, demam rematik, kelemahan alat gerak, kelumpuhan, ayun / kejang, vertigo, stroke, penurunan kesadaran, stres atau gangguan jiwa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	h. Tulang dan Kulit : Gangguan tulang belakang, patah tulang, polio, amputasi, kelainan kulit, kusta, tahi lalat yang bertumbuh dengan cepat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	i. Sistem Kelenjar dan Darah : Gangguan hormon, gondok, pembesaran getah bening, asam urat, kencing manis, kolesterol, kurang darah/anemia, thalassemia, hemofilia, leukemia dan kelainan darah lainnya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	j. Sistem Kekebalan dan Infeksi : HIV / AIDS atau gejala kompleks yang berhubungan dengan AIDS (ARC), malaria, disentri amuba, alergi dan lupus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	k. Pertumbuhan Sel : Tumor, kista, kanker, benjolan atau pertumbuhan sel abnormal lainnya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	l. Lainnya : Yang belum disebutkan diatas (kelainan bentuk tubuh atau jenis luka apapun, cacat fisik, cacat bawaan, trauma kepala, kecelakaan dll.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Apakah Anda pernah / sedang menderita penyakit / gangguan / kelainan sehingga :		
	a. Menjalani rawat inap / rawat jalan, operasi, biopsi, endoskopi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. Menjalani pengobatan ahli jiwa, radiasi, kemoterapi, tradisional atau pengobatan alternatif?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jika pada No. 7 dan 8 menjawab "Ya", maka jelaskan pada kolom di bawah ini:

Informasi kondisi kesehatan (bila ada jawaban "Ya" pada "Pertanyaan Kesehatan" nomor 7 - 8)	
Pertanyaan No.	Jika dijawab Ya, jelaskan dengan lengkap: Diagnosanya, lama diderita, tanggal konsultasi (rawat), nama dan alamat dokter/ rumah sakit/tempat konsultasi, serta kondisi saat ini. (Harap menggunakan kertas lain, jika tempat tidak mencukupi)

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

a. Menerima transfusi darah?

  

b. Ditolak untuk Donor Darah?

Jika Ya, jelaskan  
alasan nya :

10. Khusus Tertanggung Wanita :

a. Apakah saat ini sedang hamil?

Jika Ya, berapa minggu usia kehamilannya?

b. Pernah mengalami kesulitan / komplikasi pada saat hamil / melahirkan?

  

c. Pernah / sedang menderita penyakit / keluhan pada payudara atau kandungan, termasuk haid tidak teratur?

Jika Ya, jelaskan :

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

12. Apakah dalam keluarga terdekat ada yang menderita sakit Jantung, Stroke, Tekanan Darah Tinggi, TBC, Kencing Manis, Ginjal, kelainan mental, hepatitis, kanker, penyakit keturunan lainnya atau suami/istri/orang tua anda menderita AIDS.

Jika Ya, jelaskan siapa, penyakit yang diderita, usia saat ini, keadaan saat ini :

### C. PERNYATAAN CALON PEMEGANG POLIS DAN CALON TERTANGGUNG

Dengan ini Saya / Kami menyatakan dan menyetujui bahwa :

- Telah membaca, mengerti dan menjawab seluruh pertanyaan pada formulir pernyataan data kesehatan ini dengan sebenar-benarnya, jujur dan lengkap. Saya / Kami memahami bahwa jawaban dan keterangan - keterangan itu merupakan dasar dan tidak terpisahkan dari pembuatan polis. Bila ternyata bahwa jawaban-jawaban yang Saya / Kami berikan itu tidak benar, maka BRI LIFE berhak untuk membatalkan kontrak pertanggungan yang dibuat atas dasar permohonan asuransi ini.
- Pertanggungan belum berlaku selama Pertanggungan belum disetujui dan uang premi pertama belum Saya / Kami lunasi.
- Dokter yang pernah dan akan memeriksa Saya / Kami diperkenankan mengadakan pemeriksaan medis yang diperlukan terhadap Tertanggung / Pemegang polis dikemudian hari.
- Transaksi keuangan ini tidak berasal dari dan / atau untuk tujuan pencucian uang (*money laundering*) sesuai dengan UU No. 15 tahun 2002 dan UU No. 25 tahun 2003.
- Saya menyatakan, bahwa untuk semua keterangan dan jawaban-jawaban dari Calon Pemegang Polis dan Calon Tertanggung yang dinyatakan dalam SPAJ ini telah diberikan dengan lengkap dan benar, sesuai dengan keadaan yang sebenar-benarnya. Apabila terdapat fakta yang bersifat material yang tidak dinyatakan dalam SPAJ ini maka Polis yang diterbitkan menjadi batal sejak awal / demi hukum tanpa adanya kewajiban apa pun dari Penanggung.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan merupakan satu kesatuan bagian yang tidak terpisahkan dari SPAJ saya.

Dengan ini Saya / Kami memberi kuasa kepada BRI LIFE untuk meminta keterangan mengenai data Saya / Kami kepada pihak terkait seperti dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, perusahaan asuransi, badan hukum, perorangan atau organisasi lainnya yang mempunyai keterangan kebiasaan, pekerjaan dan catatan medis dari Saya / Kami. Sehubungan dengan hal ini, Saya / Kami memberikan persetujuan kepada pihak terkait untuk memberikan keterangan yang diperlukan BRI LIFE.

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.

Pemegang Polis	
( _____ )	
Nama Jelas	
Tempat	:
Tanggal	: ____/____/____

Tertanggung	
( _____ )	
Nama Jelas	
Tempat	:
Tanggal	: ____/____/____

Keterangan:

- Formulir pernyataan data kesehatan ini harus ditandatangani setelah diisi dengan benar dan sesuai dengan keadaan sebenarnya.

#### D. PERNYATAAN PETUGAS ASURANSI :

1. Saya menyatakan dalam bahwa semua keterangan yang terdapat di dalam formulir pernyataan data kesehatan ini adalah keterangan yang diberikan oleh pemohon / Calon Pemegang Polis dan / atau Calon Tertanggung, dan saya tidak menyembunyikan informasi apapun kepada pemohon / Calon Pemegang Polis. Saya juga menyatakan bahwa saya tidak memberikan keterangan yang bertentangan dengan syarat / ketentuan Surat Permintaan Asuransi Jiwa ini.
2. Saya menyatakan bahwa berdasarkan konfirmasi dari Pemohon / Calon Pemegang Polis, tidak terdapatnya kepentingan pihak ketiga dan Pemohon/ Calon Pemegang Polis bertindak untuk dan atas nama dirinya sendiri dalam penutupan Polis ini.
3. Saya telah melakukan verifikasi atas seluruh salinan dokumen yang diberikan oleh Pemohon / Calon Pemegang Polis kepada saya dan menyatakan bahwa salinan tersebut adalah sesuai asli dan masih berlaku.

Dengan ditandatanganinya Surat Permintaan Asuransi Jiwa, Saya menyatakan bahwa telah melakukan verifikasi dan identifikasi terhadap Calon Pemegang Polis sesuai dengan ketentuan dan peraturan yang berlaku mengenai prinsip mengenal nasabah.

Petugas Asuransi	
( _____ )	
Nama Jelas	
Tempat	:
Tanggal	: ____/____/____

Paraf Calon Pemegang Polis	
----------------------------	--