

FORMULIR PERNYATAAN DATA KESEHATAN (FPDK)

PESERTA TAMBAHAN

- Harap mengisi dengan menggunakan tinta warna hitam, huruf cetak dan kapital, 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.
- Jika terjadi kesalahan dalam pengisian formulir, tidak perlu dihapus tetapi dicoret dan ditandatangani pada bagian yang dikoreksi.

Setelah menerima penjelasan tentang produk Asuransi Jiwa Syariah yang ditawarkan beserta persyaratan yang ditentukan, saya dapat memahami dan mengerti segala risiko terkait dengan produk asuransi ini. Saya yang bertandatangan dibawah ini, calon Pemegang Polis dan atau Calon Peserta Asuransi mengajukan Permintaan Asuransi Jiwa Syariah kepada BRI LIFE berdasarkan hal-hal dibawah ini sebagai berikut:

A. DATA CALON PESERTA TAMBAHAN

1 Nama Lengkap (sesuai kartu identitas)	<input type="text"/>
2 Jenis Kartu Identitas	<input type="checkbox"/> KTP <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Paspor dilampiri KITAP/KITAS/KIMS bila WNA
3 Nomor Kartu Identitas	<input type="text"/>
Tanggal Kadaluarsa (tgl/bln/thn)	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
4 Tempat & Tanggal Lahir (tgl/bln/1hr)	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
5 Kewarganegaraan	<input type="checkbox"/> WNI <input type="checkbox"/> WNA Negara <input type="text"/>
6 Jenis Kelamin	<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita
7 Agama	<input type="checkbox"/> Islam <input type="checkbox"/> Katolik <input type="checkbox"/> Kristen <input type="checkbox"/> Hindu <input type="checkbox"/> Budha <input type="checkbox"/> Lainnya, _____
8 Status Perkawinan	<input type="checkbox"/> Belum Kawin <input type="checkbox"/> Kawin <input type="checkbox"/> Duda/Janda
9 Nama Gadis Ibu Kandung	<input type="text"/>
10 Alamat Sesuai Kartu Identitas	<input type="text"/>
	RT <input type="text"/> RW <input type="text"/> Kel <input type="text"/>
	Kec <input type="text"/> Kota <input type="text"/>
	Provinsi <input type="text"/> Kode Pos <input type="text"/>
11 Alamat Domisili	<input type="text"/>
<i>Diisi apabila alamat berbeda dengan identitas</i>	<input type="text"/>
	RT <input type="text"/> RW <input type="text"/> Kel <input type="text"/>
	Kec <input type="text"/> Kota <input type="text"/>
	Provinsi <input type="text"/> Kode Pos <input type="text"/>
12 Informasi Kontak	Telepon <input type="text"/> - <input type="text"/>
	Handphone <input type="text"/>
	Faksimili <input type="text"/> - <input type="text"/>
	Email <input type="text"/>
13 Pendidikan Formal Terakhir	<input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> SLTP <input type="checkbox"/> SLTA <input type="checkbox"/> S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> S3 <input type="checkbox"/> Lainnya, _____
14 Pekerjaan	<input type="checkbox"/> Wiraswasta <input type="checkbox"/> Peg. Swasta <input type="checkbox"/> Peg. BUMN/BUMD <input type="checkbox"/> PNS <input type="checkbox"/> TNI/POLRI <input type="checkbox"/> Profesional (Dokter, Pengacara, Akuntan, dll) <input type="checkbox"/> Lainnya, _____
15 Bidang Usaha	<input type="text"/>
16 Jabatan	<input type="text"/>
17 Nama Institusi Tempat Bekerja	<input type="text"/>
18 Alamat Institusi	<input type="text"/>
	RT <input type="text"/> RW <input type="text"/> Kel <input type="text"/>
	Kec <input type="text"/> Kota <input type="text"/>
	Provinsi <input type="text"/> Kode Pos <input type="text"/>
19 Nomor Telepon Kantor	<input type="text"/> - <input type="text"/>

Pemegang Polis

Peserta

 Nama jelas : _____
 Tempat : _____
 Tanggal : _____

 Nama jelas : _____
 Tempat : _____
 Tanggal : _____

- e. Organ perut : Sakit maag, sakit kuning (liver), muntah darah, hernia, sering diare, mual, muntah-muntah, hepatitis, radang / batu empedu ?
- 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 ?
- 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 ?
- h. Tulang dan Kulit : Gangguan tulang belakang, patah tulang, polio, amputasi, kelainan kulit, kusta, tahi lalat yang bertumbuh dengan cepat ?
- i. Sistem Kelenjar dan Darah : Gangguan hormon, gondok, pembesaran getah bening, asam urat, kencing manis, kolesterol, kurang darah / anemia, thalassemia, hemofilia, leukimia, dan kelainan darah lainnya ?
- j. Sistem Kekebalan dan Infeksi : HIV / AIDS atau gejala kompleks yang berhubungan dengan AIDS (ARC), malaria, disentri amuba, alergi dan lupus ?
- k. Pertumbuhan Sel : Tumor, kista, kanker, benjolan, atau pertumbuhan sel abnormal lainnya ?
- l. Lainnya : yang belum disebutkan di atas (kelainan bentuk tubuh atau jenis luka apapun, cacat fisik, cacat bawaan, trauma kepala, kecelakaan dan lain-lain) ?

8 Apakah Anda pernah / sedang menderita penyakit / gangguan / kelainan sehingga :

- 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, dan lain-lain) ?
- c. Menjalani pengobatan ahli jiwa, radiasi, kemoterapi, tradisional atau pengobatan alternatif ?

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" No 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 alasannya :

10 Khusus peserta wanita :

- a. Apakah saat ini anda sedang hamil ?
- Jika Ya, berapa minggu usia kehamilannya ?
- b. Pernah mengalami kesulitan / komplikasi pada saat hamil / :
- c. Pernah / sedang menderita penyakit / keluhan pada payudara atau kandungan, termasuk haid tidak teratur ?

Jika Ya, jelaskan :

11 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 :

Pemegang Polis	Peserta
Nama jelas : _____	Nama jelas : _____
Tempat : _____	Tempat : _____
Tanggal : _____	Tanggal : _____

D. PERNYATAAN CALON PEMEGANG POLIS DAN CALON PESERTA

Dengan ini Saya/Kami menyatakan dan menyetujui bahwa :

1. 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 jawaban-jawaban yang saya / kami berikan itu tidak benar, maka BRI LIFE berhak untuk membatalkan kontrak pertanggungan yang dibuat atas dasar permohonan asuransi ini.
2. Asuransi Syariah belum berlaku selama permohonan Asuransi Syariah belum disetujui dan kontribusi pertama belum saya / kami lunasi
3. Dokter yang pernah dan akan memeriksa Saya/Kami diperkenankan mengadakan pemeriksaan medis yang diperlukan terhadap Peserta atau Pemegang Polis dikemudian hari.
4. 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
5. Saya menyatakan, bahwa untuk semua keterangan dan jawaban-jawaban dari calon Pemegang Polis dan calon Peserta yang dinyatakan dalam FPK ini telah diberikan dengan lengkap dan benar, sesuai dengan keadaan yang sebenar-benarnya. Apabila terdapat fakta yang bersifat material yang tidak dinyatakan dalam FPK ini maka Polis yang diterbitkan menjadi batal sejak awal / demi hukum tanpa adanya kewajiban apa pun dari Pengelola

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan merupakan satu kesatuan bagian yang tidak terpisahkan dari FPK 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 pemberi 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	_____

Peserta	
Nama jelas :	_____
Tempat	_____
Tanggal	_____

Keterangan:

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

E. PERNYATAAN AGEN ASURANSI:

1. Saya menyatakan bahwa semua keterangan yang terdapat di dalam Formulir Pernyataan Data Kesehatan ini adalah keterangan yang diberikan oleh Pemohon/Calon Pemegang Polis dan/atau Calon Peserta, dan saya tidak menyembunyikan informasi apapun kepada Pemohon/Calon Pemegang Polis. Saya juga menyatakan bahwa saya tidak memberikan keterangan yang bertentangan dengan syarat/ketentuan Formulir Pernyataan Data Kesehatan ini. Saya menyatakan bahwa berdasarkan konfirmasi dari Pemohon/Calon Pemegang Polis, tidak terdapat kepentingan pihak ketiga dan Pemohon/Calon Pemegang Polis bertindak untuk dan atas nama dirinya sendiri dalam penutupan Polis ini.
2. 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.
3. 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.

Dengan ditandatanganinya Formulir Pernyataan Data Kesehatan, Saya menyatakan bahwa telah melakukan verifikasi dan identifikasi terhadap Calon Pemegang Polis sesuai dengan ketentuan dan peraturan yang berlaku mengenai Prinsip Mengenal Nasabah.

Agen Asuransi	
Nama jelas :	_____
Tempat	_____
Tanggal	_____