NO SPAJ



PT ASURANSI BRI LIFE

Gedung Graha Irama, lantai M, 2, 5, 7, 8, 9, 10, 11 & 15, Jl. H.R. Rasuna Said Blok X – 1 Kav. 1 & 2 Jakarta 12950 Telp. (021) 5261260-61 (hunting), Fax (021) 51400806, website: www.brilife.co.id

# 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 menandatanganinya.
- 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)																									
2 Jenis Kartu Identitas	KTP SIM Paspor		or dil	dilampiri KITAP/KITAS/KIMS bila WNA																					
3 Nomor Kartu Identitas																									
Tanggal Kadaluarsa (tgl/bln/thn)			-			-																			
4 Tempat & Tanggal Lahir (tgl/bln/lhr)																-			-						
5 Kewarganegaraan		WNI				WNA			Nega	ara															
6 Jenis Kelamin	P					Wan	ita																		
7 Agama		Islan	n			Kato	lik			Krist	en	n Hindu Budha							Lainr	ıya,					
8 Status Perkawinan		Belu	m Ka	win			Kawi	in			Duda	a/Jano	da												
9 Nama Gadis Ibu Kandung																									
10 Alamat Sesuai Kartu Identitas																									
	RT					RW				Kel															
	Kec													Ko	ota										
	Prov	insi																K	ode P	os					
11 Alamat Domisili																									
Diisi apabila alamat berbeda dengan identitas																									
	RT					RW				Kel															
	Kec													Ko	ota										
	Prov	insi																K	ode P	os					
12 Informasi Kontak	Tele	pon						-																	
	Hand	dphor	ne																						
	Faks	imili						-																	
	Ema	il																			]				
13 Pendidikan Formal Terakhir		SD			SLTP			SLTA			S1			S2			S3			Lain	nya,				
14 Pekerjaan		Wira	swas	ta			Peg.	Swas	ta			Peg.	вимі	N/BU	MD			PNS			TNI/	POLR	J		
		Profe	esiona	al (Dokter, Pengacara, Akuntan, dll)									Lainnya,												
15 Bidang Usaha																									
16 Jabatan																									
17 Nama Institusi Tempat Bekerja																									
18 Alamat Institusi																								$\Box$	
																								一	
	RT				R	w			К	el														寸	
	Kec		$\overline{}$												Ko	ota							$\blacksquare$	寸	
	Prov	insi															K	ode P	os					一	
19 Nomor Telepon Kantor					-																				
•																									
	Pemegang Polis					Peserta																			
			a jelar mpat														ıma je Tempi								

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 Peserta	Diri Sendiri Orar	ng Tua Suar	mi/Istri Anak	Kakak/Adik				
	Tujuan Berasuransi	Proteksi Pendapatan	Proteksi Kesehatan	Lainnya,					
23	rujuan berasuransi	Proteksi Peridapatan	Proteksi kesenatan	Laiiiiya,					
В	. DATA KEPEMILIKAN ASURANSI								
					Peserta				
					Ya Tidak				
1	Apakah asuransi Anda pernah ditolak, ditunda, dikenakan el	stra tabbaru', diubah / dihentikan olel	h Perusahaan Asuransi ?						
	Jika Ya, jelaskan alasannya :								
•					Ya Tidak				
2	Apakah Anda sudah memiliki polis di BRI LIFE ?			Chahara Dadia					
	No Polis	Jumlah Uang Manfaat	Aktif	Status Polis Berakhir	Batal				
			AKU	Derakiii	Datai				
_									
3	Apakah Anda sudah memiliki polis di perusahaan lain ?	Mulai Barlai	I	Harra Parkasan					
	Nama Perusahaan	Mulai Berlai	ки	Uang Pertangg	ungan				
C	. DATA KESEHATAN CALON PESERTA		C. DATA KESEHATAN CALON PESERTA						
					Peserta				
1	Anakah Anda dalam koadaan cohat 2				Peserta Ya Tidak				
1	Apakah Anda dalam keadaan sehat ?								
1	Apakah Anda dalam keadaan sehat ? Jika Tidak, jelaskan :								
1									
		/ berakohol dan sejenisnya ?							
	Jika Tidak, jelaskan :	/ berakohol dan sejenisnya ?							
2	Jika Tidak, jelaskan :  Apakah Anda mempunyai kebiasaan minum minuman keras								
2	Jika Tidak, jelaskan :  Apakah Anda mempunyai kebiasaan minum minuman keras Jika Ya, mohon melengkapi formulir konsumsi alkohol	kotik atau obat penenang ?							
2	Jika Tidak, jelaskan :  Apakah Anda mempunyai kebiasaan minum minuman keras Jika Ya, mohon melengkapi formulir konsumsi alkohol  Apakah Anda pernah menggunakan obat-obat terlarang, nai Jika Ya, mohon melengkapi Formulir Penggunaan Obat-obat	kotik atau obat penenang ? aı	ng, menyelam, balap, pelay	raran, pertambangan & arung jeram) ?					
2	Jika Tidak, jelaskan :  Apakah Anda mempunyai kebiasaan minum minuman keras Jika Ya, mohon melengkapi formulir konsumsi alkohol Apakah Anda pernah menggunakan obat-obat terlarang, na	kotik atau obat penenang ? aı	ng, menyelam, balap, pelay	aran, pertambangan & arung jeram) ?					
2 3	Jika Tidak, jelaskan :  Apakah Anda mempunyai kebiasaan minum minuman keras Jika Ya, mohon melengkapi formulir konsumsi alkohol  Apakah Anda pernah menggunakan obat-obat terlarang, nai Jika Ya, mohon melengkapi Formulir Penggunaan Obat-obat  Apakah Anda terlibat hobi / kegiatan berisiko tinggi (awak p	kotik atau obat penenang ? aı	ng, menyelam, balap, pelay	raran, pertambangan & arung jeram) ?					
2 3	Jika Tidak, jelaskan :  Apakah Anda mempunyai kebiasaan minum minuman keras Jika Ya, mohon melengkapi formulir konsumsi alkohol Apakah Anda pernah menggunakan obat-obat terlarang, nai Jika Ya, mohon melengkapi Formulir Penggunaan Obat-obat Apakah Anda terlibat hobi / kegiatan berisiko tinggi (awak p Jika Ya, mohon melengkapi Formulir Tambahan	kotik atau obat penenang ? aı		aran, pertambangan & arung jeram) ?					
2 3 4 5	Apakah Anda mempunyai kebiasaan minum minuman keras Jika Ya, mohon melengkapi formulir konsumsi alkohol Apakah Anda pernah menggunakan obat-obat terlarang, nai Jika Ya, mohon melengkapi Formulir Penggunaan Obat-obat Apakah Anda terlibat hobi / kegiatan berisiko tinggi (awak p Jika Ya, mohon melengkapi Formulir Tambahan Apakah Anda perokok ?	kotik atau obat penenang ? aı esawat, terjun payung, mendaki gunur Telah berjalan Tahu		aran, pertambangan & arung jeram) ?					
2 3 4 5	Apakah Anda mempunyai kebiasaan minum minuman keras Jika Ya, mohon melengkapi formulir konsumsi alkohol Apakah Anda pernah menggunakan obat-obat terlarang, nai Jika Ya, mohon melengkapi Formulir Penggunaan Obat-obat Apakah Anda terlibat hobi / kegiatan berisiko tinggi (awak p Jika Ya, mohon melengkapi Formulir Tambahan Apakah Anda perokok ? Jika Ya, batang / hari Tinggi / Berat badan :	kotik atau obat penenang ? aı esawat, terjun payung, mendaki gunur Telah berjalan Tahu	un	raran, pertambangan & arung jeram) ?					
2 3 4 5	Apakah Anda mempunyai kebiasaan minum minuman keras Jika Ya, mohon melengkapi formulir konsumsi alkohol Apakah Anda pernah menggunakan obat-obat terlarang, nai Jika Ya, mohon melengkapi Formulir Penggunaan Obat-obat Apakah Anda terlibat hobi / kegiatan berisiko tinggi (awak p Jika Ya, mohon melengkapi Formulir Tambahan Apakah Anda perokok ?	kotik atau obat penenang ? aı esawat, terjun payung, mendaki gunur Telah berjalan Tahu kg	un	raran, pertambangan & arung jeram) ?					
2 3 4 5	Apakah Anda mempunyai kebiasaan minum minuman keras Jika Ya, mohon melengkapi formulir konsumsi alkohol Apakah Anda pernah menggunakan obat-obat terlarang, nai Jika Ya, mohon melengkapi Formulir Penggunaan Obat-obat Apakah Anda terlibat hobi / kegiatan berisiko tinggi (awak p Jika Ya, mohon melengkapi Formulir Tambahan Apakah Anda perokok ? Jika Ya, batang / hari Tinggi / Berat badan : cm Apakah Anda pernah / sedang menderita penyakit / ganggu	kotik atau obat penenang ? aı esawat, terjun payung, mendaki gunur Telah berjalan Tahu kg	un	aran, pertambangan & arung jeram) ?					
2 3 4 5	Apakah Anda mempunyai kebiasaan minum minuman keras Jika Ya, mohon melengkapi formulir konsumsi alkohol Apakah Anda pernah menggunakan obat-obat terlarang, nai Jika Ya, mohon melengkapi Formulir Penggunaan Obat-obat Apakah Anda terlibat hobi / kegiatan berisiko tinggi (awak p Jika Ya, mohon melengkapi Formulir Tambahan Apakah Anda perokok ? Jika Ya, batang / hari Tinggi / Berat badan : cm Apakah Anda pernah / sedang menderita penyakit / ganggu Jika Ya, lingkari pada penyakit / gangguan / kelainan yang di	kotik atau obat penenang ? ai esawat, terjun payung, mendaki gunur Telah berjalan Tahu kg an / kelainan pada pertanyaan di bawa derita	un	aran, pertambangan & arung jeram) ?					
2 3 4 5	Apakah Anda mempunyai kebiasaan minum minuman keras Jika Ya, mohon melengkapi formulir konsumsi alkohol Apakah Anda pernah menggunakan obat-obat terlarang, nai Jika Ya, mohon melengkapi Formulir Penggunaan Obat-obat Apakah Anda terlibat hobi / kegiatan berisiko tinggi (awak p Jika Ya, mohon melengkapi Formulir Tambahan Apakah Anda perokok ?  Jika Ya, batang / hari Tinggi / Berat badan : cm  Apakah Anda pernah / sedang menderita penyakit / ganggu Jika Ya, lingkari pada penyakit / gangguan / kelainan yang dia a. Mata : Termasuk fungsi penglihatan  b. Telinga, Hidung dan Tenggorokan : Termasuk fungsi pendi	kotik atau obat penenang ? ai esawat, terjun payung, mendaki gunur Telah berjalan kg an / kelainan pada pertanyaan di bawa derita engaran / bicara	un ıh ini :	raran, pertambangan & arung jeram) ?					
2 3 4 5	Apakah Anda mempunyai kebiasaan minum minuman keras Jika Ya, mohon melengkapi formulir konsumsi alkohol Apakah Anda pernah menggunakan obat-obat terlarang, nai Jika Ya, mohon melengkapi Formulir Penggunaan Obat-obat Apakah Anda terlibat hobi / kegiatan berisiko tinggi (awak p Jika Ya, mohon melengkapi Formulir Tambahan Apakah Anda perokok ? Jika Ya, batang / hari Tinggi / Berat badan : cm Apakah Anda pernah / sedang menderita penyakit / ganggu Jika Ya, lingkari pada penyakit / gangguan / kelainan yang di a. Mata : Termasuk fungsi penglihatan b. Telinga, Hidung dan Tenggorokan : Termasuk fungsi pend c. Paru-paru : Termasuk fungsi pernafasan, saluran nafas, ba	kotik atau obat penenang ?  ai esawat, terjun payung, mendaki gunur  Telah berjalan Tahu kg an / kelainan pada pertanyaan di bawa derita engaran / bicara tuk lama, bronchitis, asma, batuk dara	un Ih ini : h dan TBC						
2 3 4 5	Apakah Anda mempunyai kebiasaan minum minuman keras Jika Ya, mohon melengkapi formulir konsumsi alkohol Apakah Anda pernah menggunakan obat-obat terlarang, nai Jika Ya, mohon melengkapi Formulir Penggunaan Obat-obat Apakah Anda terlibat hobi / kegiatan berisiko tinggi (awak p Jika Ya, mohon melengkapi Formulir Tambahan Apakah Anda perokok ?  Jika Ya, batang / hari Tinggi / Berat badan : cm  Apakah Anda pernah / sedang menderita penyakit / ganggu Jika Ya, lingkari pada penyakit / gangguan / kelainan yang dia a. Mata : Termasuk fungsi penglihatan  b. Telinga, Hidung dan Tenggorokan : Termasuk fungsi pendi	kotik atau obat penenang ?  ai esawat, terjun payung, mendaki gunur  Telah berjalan	un Ih ini : h dan TBC						
2 3 4 5	Apakah Anda mempunyai kebiasaan minum minuman keras Jika Ya, mohon melengkapi formulir konsumsi alkohol Apakah Anda pernah menggunakan obat-obat terlarang, nai Jika Ya, mohon melengkapi Formulir Penggunaan Obat-obat Apakah Anda terlibat hobi / kegiatan berisiko tinggi (awak p Jika Ya, mohon melengkapi Formulir Tambahan Apakah Anda perokok ?  Jika Ya, batang / hari Tinggi / Berat badan : cm  Apakah Anda pernah / sedang menderita penyakit / ganggu Jika Ya, lingkari pada penyakit / gangguan / kelainan yang di a. Mata : Termasuk fungsi penglihatan  b. Telinga, Hidung dan Tenggorokan : Termasuk fungsi pendi c. Paru-paru : Termasuk fungsi pernafasan, saluran nafas, ba d. Jantung dan Pembuluh Darah : Termasuk nyeri dada, berdi	kotik atau obat penenang ?  ai esawat, terjun payung, mendaki gunur  Telah berjalan	un Ih ini : h dan TBC						
2 3 4 5	Apakah Anda mempunyai kebiasaan minum minuman keras Jika Ya, mohon melengkapi formulir konsumsi alkohol Apakah Anda pernah menggunakan obat-obat terlarang, nai Jika Ya, mohon melengkapi Formulir Penggunaan Obat-obat Apakah Anda terlibat hobi / kegiatan berisiko tinggi (awak p Jika Ya, mohon melengkapi Formulir Tambahan Apakah Anda perokok ?  Jika Ya, batang / hari Tinggi / Berat badan : cm  Apakah Anda pernah / sedang menderita penyakit / ganggu Jika Ya, lingkari pada penyakit / gangguan / kelainan yang di a. Mata : Termasuk fungsi penglihatan  b. Telinga, Hidung dan Tenggorokan : Termasuk fungsi pendi c. Paru-paru : Termasuk fungsi pernafasan, saluran nafas, ba d. Jantung dan Pembuluh Darah : Termasuk nyeri dada, berdi	kotik atau obat penenang ?  ai esawat, terjun payung, mendaki gunur  Telah berjalan	un Ih ini : h dan TBC						
2 3 4 5	Apakah Anda mempunyai kebiasaan minum minuman keras Jika Ya, mohon melengkapi formulir konsumsi alkohol Apakah Anda pernah menggunakan obat-obat terlarang, nai Jika Ya, mohon melengkapi Formulir Penggunaan Obat-obat Apakah Anda terlibat hobi / kegiatan berisiko tinggi (awak p Jika Ya, mohon melengkapi Formulir Tambahan Apakah Anda perokok ?  Jika Ya, batang / hari Tinggi / Berat badan : cm  Apakah Anda pernah / sedang menderita penyakit / ganggu Jika Ya, lingkari pada penyakit / gangguan / kelainan yang di a. Mata : Termasuk fungsi penglihatan  b. Telinga, Hidung dan Tenggorokan : Termasuk fungsi pendi c. Paru-paru : Termasuk fungsi pernafasan, saluran nafas, ba d. Jantung dan Pembuluh Darah : Termasuk nyeri dada, berdi	kotik atau obat penenang ?  ai esawat, terjun payung, mendaki gunur  Telah berjalan	un Ih ini : h dan TBC						
2 3 4 5	Apakah Anda mempunyai kebiasaan minum minuman keras Jika Ya, mohon melengkapi formulir konsumsi alkohol Apakah Anda pernah menggunakan obat-obat terlarang, nai Jika Ya, mohon melengkapi Formulir Penggunaan Obat-obat Apakah Anda terlibat hobi / kegiatan berisiko tinggi (awak p Jika Ya, mohon melengkapi Formulir Tambahan Apakah Anda perokok ?  Jika Ya, batang / hari Tinggi / Berat badan : cm  Apakah Anda pernah / sedang menderita penyakit / ganggu Jika Ya, lingkari pada penyakit / gangguan / kelainan yang di a. Mata : Termasuk fungsi penglihatan  b. Telinga, Hidung dan Tenggorokan : Termasuk fungsi pendi c. Paru-paru : Termasuk fungsi pernafasan, saluran nafas, ba d. Jantung dan Pembuluh Darah : Termasuk nyeri dada, berdi	kotik atau obat penenang ?  ai esawat, terjun payung, mendaki gunur  Telah berjalan	un Ih ini : h dan TBC						
2 3 4 5	Apakah Anda mempunyai kebiasaan minum minuman keras Jika Ya, mohon melengkapi formulir konsumsi alkohol Apakah Anda pernah menggunakan obat-obat terlarang, nai Jika Ya, mohon melengkapi Formulir Penggunaan Obat-obat Apakah Anda terlibat hobi / kegiatan berisiko tinggi (awak p Jika Ya, mohon melengkapi Formulir Tambahan Apakah Anda perokok ?  Jika Ya, batang / hari Tinggi / Berat badan : cm  Apakah Anda pernah / sedang menderita penyakit / ganggu Jika Ya, lingkari pada penyakit / gangguan / kelainan yang di a. Mata : Termasuk fungsi penglihatan  b. Telinga, Hidung dan Tenggorokan : Termasuk fungsi pendi c. Paru-paru : Termasuk fungsi pernafasan, saluran nafas, ba d. Jantung dan Pembuluh Darah : Termasuk nyeri dada, berdi	kotik atau obat penenang ?  ai esawat, terjun payung, mendaki gunur  Telah berjalan	un Ih ini : h dan TBC						
2 3 4 5	Apakah Anda mempunyai kebiasaan minum minuman keras Jika Ya, mohon melengkapi formulir konsumsi alkohol Apakah Anda pernah menggunakan obat-obat terlarang, nai Jika Ya, mohon melengkapi Formulir Penggunaan Obat-obat Apakah Anda terlibat hobi / kegiatan berisiko tinggi (awak p Jika Ya, mohon melengkapi Formulir Tambahan Apakah Anda perokok ?  Jika Ya, batang / hari Tinggi / Berat badan : cm  Apakah Anda pernah / sedang menderita penyakit / ganggu Jika Ya, lingkari pada penyakit / gangguan / kelainan yang di a. Mata : Termasuk fungsi penglihatan  b. Telinga, Hidung dan Tenggorokan : Termasuk fungsi pendi c. Paru-paru : Termasuk fungsi pernafasan, saluran nafas, ba d. Jantung dan Pembuluh Darah : Termasuk nyeri dada, berdi	kotik atau obat penenang ?  ai esawat, terjun payung, mendaki gunur  Telah berjalan	un Ih ini : h dan TBC						
2 3 4 5	Apakah Anda mempunyai kebiasaan minum minuman keras Jika Ya, mohon melengkapi formulir konsumsi alkohol Apakah Anda pernah menggunakan obat-obat terlarang, nai Jika Ya, mohon melengkapi Formulir Penggunaan Obat-obat Apakah Anda terlibat hobi / kegiatan berisiko tinggi (awak p Jika Ya, mohon melengkapi Formulir Tambahan Apakah Anda perokok ?  Jika Ya, batang / hari Tinggi / Berat badan : cm  Apakah Anda pernah / sedang menderita penyakit / ganggu Jika Ya, lingkari pada penyakit / gangguan / kelainan yang di a. Mata : Termasuk fungsi penglihatan  b. Telinga, Hidung dan Tenggorokan : Termasuk fungsi pendi c. Paru-paru : Termasuk fungsi pernafasan, saluran nafas, ba d. Jantung dan Pembuluh Darah : Termasuk nyeri dada, berdi	kotik atau obat penenang ?  ai esawat, terjun payung, mendaki gunur  Telah berjalan kg  an / kelainan pada pertanyaan di bawa derita  engaran / bicara  tuk lama, bronchitis, asma, batuk darai lebar tak teratur, sakit jantung, tekana	un ih ini : h dan TBC in darah tinggi, darah renda	ah, varises, ambeien (wasir),	Ya Tidak				
2 3 4 5	Apakah Anda mempunyai kebiasaan minum minuman keras Jika Ya, mohon melengkapi formulir konsumsi alkohol Apakah Anda pernah menggunakan obat-obat terlarang, nai Jika Ya, mohon melengkapi Formulir Penggunaan Obat-obat Apakah Anda terlibat hobi / kegiatan berisiko tinggi (awak p Jika Ya, mohon melengkapi Formulir Tambahan Apakah Anda perokok ?  Jika Ya, batang / hari Tinggi / Berat badan : cm  Apakah Anda pernah / sedang menderita penyakit / ganggu Jika Ya, lingkari pada penyakit / gangguan / kelainan yang di a. Mata : Termasuk fungsi penglihatan  b. Telinga, Hidung dan Tenggorokan : Termasuk fungsi pendi c. Paru-paru : Termasuk fungsi pernafasan, saluran nafas, ba d. Jantung dan Pembuluh Darah : Termasuk nyeri dada, berdi	kotik atau obat penenang ?  ai esawat, terjun payung, mendaki gunur  Telah berjalan	un ih ini : h dan TBC in darah tinggi, darah renda	ah, varises, ambeien (wasir),					

Nama jelas Tempat Tanggal Nama jelas : Tempat Tanggal

	e. Organ perut : Sa	kit maag, sakit kuning (liver), muntah da	rah, hernia, sering diare, mual, muntah-muntah, hepatitis, radang / batu empedu ?		
	gagal ginjal, penyak	kit kelamin ?	saat buang air kecil, kencing batu / berpasir, batu ginjal, kencing berdarah, kencing nanah, sakit prostat,		
	ayan / kejang, verti	igo, stroke, penurunan kesadaran, stre	, kesemutan, nyeri sendi, rematik / encok, demam rematik, kelemahan alat gerak, kelumpuhan, atau gangguan jiwa ? ng, polio, amputasi, kelainan kulit, kusta, tahi lalat yang bertumbuh dengan cepat ?		
				H	$\equiv$
	hemofilia, leukimia	, dan kelainan darah lainnya ?	pembesaran getah bening, asam urat, kencing manis, kolesterol, kurang darah / anemia, thallasemia, npleks yang berhubungan dengan AIDS (ARC), malaria, disentri amuba, alergi dan lupus ?		
		el : Tumor, kista, kanker, benjolan, atau		H	
				H	H
	I. Lainnya : yang be	ium disebutkan di atas (kelainan bentu	ctubuh atau jenis luka apapun, cacat fisik, cacat bawaan, trauma kepala, kecelakaan dan lain-lain) ?		
8	Apakah Anda perna	ah / sedang menderita penyakit / gangg	uan / kelainan sehingga :		
	a. Menjalani rawat	inap / rawat jalan, operasi, biopsi, endo	oskopi ?		
			tau yang khusus, contoh : MRI, ECG, USG, CT Scan, tes darah (kolesterol, gula darah, AIDS, hepatitis,		
	anemia, dan lain-la	in <i>?</i> Batan ahli jiwa, radiasi, kemoterapi, tra	disional atau nengohatan alternatif ?		
	c. Menjalam pengo	ibatan ami jiwa, radiasi, kemoterapi, tra	usional atau pengopatan atternatir :		
Jika	pada no 7 dan 8 me	enjawab "Ya", maka jelaskan pada kolor	n di bawah ini :		
		Informasi K	ondisi Kesehatan (Bila Ada Jawaban "Ya" pada "Pertanyaan Kesehatan" No 7 - 8)		
	Pertanyaan No.	Jika dijawab "Ya", jelaskan dengan l	engkap : diagnosanya, lama diderita, tanggal konsultasi (rawat), nama dan alamat dokter / rumah sakit / tempat kondisi saat ini (harap menggunakan kertas lain jika tempat tidak mencukupi)	konsultasi, s	serta
۵	Dalam 2 (dua) tahu	n terakhir, apakah :			
		5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5			
	a. Menerima transf				
	b. Ditolak untuk do	nor darah ?			
	Jika Ya, jelaskan ala	sannya :			
	Khusus peserta wa				
	a. Apakah saat ini a	nda sedang hamil ?			
	Jika Ya, berapa min	ggu usia kehamilannya ?			
	b. Pernah mengalai	mi kesulitan / komplikasi pada saat ham	il <b>/</b>		Ш
	c. Pernah / sedang	menderita penyakit / keluhan pada pay	rudara atau kandungan, termasuk haid tidak teratur ?		
	Jika Ya, jelaskan :				
			Jantung, Stroke, Tekanan Darah Tinggi, TBC, Kencing Manis, Ginjal, Kelainan Mental, Hepatitis,		
		eturunan lainnya atau suami / istri / ora pa, penyakit yang diderita, usia saat ini,			
	Jika Ta, jelaskali sia	pa, penyakit yang didenta, disa saat ini,	Redudadii Saat iii .		
ı					
			Pemegang Polis Peser	ta	
			Nama jelas : Nama jelas :		
			Tempat Tempat Tanggel Tanggel		

#### 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.
- 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 FPDK ini telah diberikan dengan lengkap dan benar, sesuai dengan keadaan yang sebenar-benarnya. Apabila terdapat fakta yang bersifat material yang tidak dinyatakan dalam FPDK 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 FPDK 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.

P	emegang Polis	
Nama jelas :		_
Nama jelas : Tempat		_

	Peserta	
Nama jelas :		
Tempat Tanggal		
Tanggal		

#### Keteranaan:

- 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 Asura	nsi
Nama jelas :	
Tempat	
Tanggal	