

FORMULIR PERNYATAAN DATA KESEHATAN

TERTANGGUNG TAMBAHAN

- 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 TAMBAHAN

1. Nama Lengkap (sesuai kartu identitas)

Nomor CIF (BRI)

2. Jenis Kartu Identitas

☐ KTP ☐ SIM ☐ Paspor 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

- ## B. DATA KEPEMILIKAN ASURANSI

Ya ☐ Tidak ☐

- | |
|--|
| |
|--|

10

- | No Polis | Uang Pertanggungan | Status Polis | | |
|----------|--------------------|--------------|----------|-------|
| | | Aktif | Berakhir | Batal |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

- 10

Nama Perusahaan	Mulai Berlaku	Uang Pertanggungan

C. DATA KESEHATAN CALON TERTANGGUNG

Ya ☐ Tidak ☐

- | |
|--|
| |
|--|

- 11

11

11

11

10

11

11

- 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, leukemia 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 diatas (kelainan bentuk tubuh atau jenis luka apapun, cacat fisik, cacat bawaan, trauma kepala, kecelakaan dll.)? ☐ ☐
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 dll.) ☐ ☐
- 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” 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. 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 :

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 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.
2. Pertanggungan belum berlaku selama Pertanggungan belum disetujui dan uang premi pertama belum Saya / Kami lunasi.
3. Dokter yang pernah dan akan memeriksa Saya / Kami diperkenankan mengadakan pemeriksaan medis yang diperlukan terhadap Tertanggung / 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 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 Tambahan	
(_____)	
Nama Jelas	
Tempat :	
Tanggal :	____/____/____

Keterangan:

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

E. 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 :	____/____/____