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

PERTANYAAN TAMBAHAN UNTUK GANGGUAN PERNAFASAN
(Diisi oleh Calon Tertanggung)

PEMBERITAHUAN
* Bila kolom penjelasan tidak cukup, mohon memberikan penjelasan pada kertas lain

Nama Calon Tertanggung :

Tgl lahir : Tanggal - Bulan - Tahun

1. Gangguan pernafasan apakah yang diderita?
   - ☐ Asma
   - ☐ Bronkhitis
   - ☐ TBC
   - ☐ Lainnya, _____

2. Kapan pertama kali gejala-gejala dirasakan? Tgl - Bln - Thn

3. Kapan Serangan Terakhir? Tgl - Bln - Thn

4. Mohon sebutkan nama dan alamat dokter yang rutin dikunjungi serta tanggal konsultasi yang pernah dilakukan
   Nama Dokter: _____
   Alamat: _____
   Tanggal: _____

5. Apakah anda pernah
   a. Dirawat di rumah sakit?
      - ☐ Ya, mohon jelaskan tanggal perawatan Tgl - Bln - Thn Lama perawatan ☐☐ Hari
      - ☐ Tidak
   b. Absen dari pekerjaan/sekolah?
      - ☐ Ya, mohon jelaskan kapan dan berapa lama? Tgl - Bln - Thn Lamanya ☐☐ Hari
      - ☐ Tidak

6. Dalam 12 bulan terakhir, mohon sebutkan pengobatan yang didapat, nama obat dan dosis.

			Nama Obat	Dosis
☐ Obat minum/inhaler	☐ Rutin	☐ Bila Kambuh		
☐ Inhaler steroid	☐ Rutin	☐ Bila Kambuh		
☐ Obat minum steroid	☐ Rutin	☐ Bila Kambuh		
☐ Suntikan	☐ Rutin	☐ Bila Kambuh		
☐ Lainnya, _____	☐ Rutin	☐ Bila Kambuh		
☐ Tidak menggunakan obat				

7. Mohon Jelaskan tanggal dan hasil pemeriksaan yang pernah dilakukan.

	Tanggal	Hasil
☐ Rontgen Dada		
☐ Tes Fungsi Paru		
☐ Lainya, _____		
☐ Tidak melakukan pemeriksaan		

Mohon dilampirkan fotocopy dari hasil pemeriksaan tersebut bila ada

PERNYATAAN CALON TERTANGGUNG

Dengan ini saya menyatakan bahwa semua pernyataan dan jawaban di atas adalah benar, lengkap dan sesuai dengan keadaan sebenarnya. Saya menyetujui bahwa apabila pernyataan dan jawaban di atas tidak benar, maka Penanggung berhak untuk membatalkan kontrak asuransi jiwa ini sejak awal, dan tidak wajib mengembalikan Premi, membayar klaim manfaat asuransi serta ganti rugi apapun. Seluruh informasi yang saya berikan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis.

Tertanggung

(_____)
Nama Jelas

Tempat :
Tanggal : ___/___/_____